ISSN 1130-9512
E-ISSN 2660-7271

Revista de Psiquiatría

Infanto-Juvenil

Volumen 41 • Suplemento 1 • 2024

MÁLAGA 2024

NH MÁLAGA

67º Congreso AEPNYA

23, 24 Y 25 DE MAYO

La transición a la vida adulta

AEPNYA

Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia

Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil

ISSN 1130-9512
E-ISSN 2660-7271

Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2024,41(1)

La Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, de periodicidad trimestral, es la publicación oficial de la Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (AEPNYA). Tiene como finalidad publicar investigaciones que contribuyan al mejoramiento de la calidad de la asistencia clínica, de la docencia y de la gestión de todos los aspectos (teóricos y prácticos) relacionados con la psiquiatría del niño y el adolescente.
Esta revista se encuentra bajo Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 y sigue los lineamientos definidos por COPE (https://publicationethics.org/). Depósito legal: M-6161-2015, Registrada como comunicación de soporte válido 30-R-CM

COMISIÓN DE PUBLICACIONES

Directora
Ana E. Ortiz García
Hospital Clinic de Barcelona. Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS)
dirección.revista@aepnya.org

Secretaría
Paloma Varela Casal
Hospital de Mataró, Barcelona, España.
secretaria.revista@aepnya.org

COMITÉ EDITORIAL

Antía Brañas
Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España.

Carlos Imaz Roncero
Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid. Profesor asociado de Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid, España.
cimaz@saludcastillayleon.es

Carmen Moreno
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, CIBERSAM, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM), Universidad Complutense de Madrid, España.

César Soutullo
The University of Texas Health Science Center at Houston, Louis A. Faillace, MD, Department of Psychiatry & Behavioral Science, Estados Unidos.

Covadonga Martínez Díaz-Caneja
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, CIBERSAM, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM), España.

Ernesto Cañabate
Clínica Dr.Quintero, Madrid, España.

Francisco Montañés Rada
Fundación Hospital Alcorcón, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España.

Francisco Rafael de la Peña Olvera
Instituto Nacional de Psiquiatría RFM (INPRFM), Ciudad de México, México.

Helena Romero Escobar
Hospital General de Alicante, Universidad miguel Hernández, Alicante, España.

Iria Méndez Blanco
Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil Fundación Asistencial Mutua de Terrassa, España.
iriamendez@mutuaterrassa.cat

Inmaculada Baeza Pertegaz
Hospital Clínic de Barcelona, CIBERSAM, Institut D'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (DIBAPS), Universitat de Barcelona, España.

José Salavert Jiménez
Centro de Salud Mental Infanto-juvenil de Horta-Guinardó, Hospital Sant Rafael, Universitat Autònoma de Barcelona-U.D. Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Pedro Manuel Ruíz Lázaro
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, I+CS Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza, España.

Victor Carrión
John A. Turner, M.D.Child and Adolescent Psychiatry, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University, Estados Unidos.

Víctor Pereira-Sánchez
New York University (NYU) Grossman School of Medicine, New York, Estados Unidos.

INDIZADA EN:

Biblioteca Virtual en Salud (BVS)
EBSCO Academic Search Premier
Fuente Académica Plus
REDIB
Dialnet
MIAR
Evaluada en LATINDEX. Catálogo v2.0 (2018 -).

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA (AEPNYA): fundada en 1950. Revista fundada en 1983. Con N.I.F. G79148516 y domicilio en Madrid en la C/Santa Isabel n°51. Inscrita en el Registro Nacional de Asociaciones, con el número 7685.

SECRETARÍA TÉCNICA:

BSJ
secretaria.tecnica@aepnya.org
https://bsj.plus/
Paseo Arco de Ladrillo 12, local 2
47007 Valladolid, España

SOPORTE TÉCNICO

Journals & Authors
https://jasolutions.com.co

CONTENIDO

Symposiums

S1: El trastorno de tourette y su transición a la edad adulta. Bases neuroinmunológicas, evolución clínica y actualización en tratamientos farmacológicos y de estimulación cerebral profunda **11**

S2: Biomarcadores en autismo. A propósito del equilibrio gaba/glutamato **12**

S3: Resiliencia en las fases tempranas de desarrollo de los trastornos psicóticos **13**

S4: Polémicas en menores trans **14**

S5: Consecuencias psicopatológicas del trauma en la infancia y adolescencia: mecanismos etiopatogénicos e intervenciones terapéuticas **15**

S6: El posible vínculo entre la genética y la microbiota en relación al efecto de la exposición a químicos disruptores endocrinos en la obesidad y en los trastornos del neurodesarrollo **17**

S7: Acompañando al tea en las distintas etapas de la vida **18**

S8: Nuevas realidades en trastornos de la alimentación y de la ingesta y en obesidad: intervenciones individualizadas ajustadas a las necesidades del niño o adolescente **20**

S9: Perfiles cognitivos en menores con trastornos mentales y en riesgo de desarrollarlos. Una aproximación transdiagnóstica **21**

Talleres

T1: Aspectos médico-legales en la práctica clínica de la psiquiatría infantojuvenil **23**

T2: Aumento de complejidad en salud mental en población infanto-juvenil y en la transición a la vida adulta. Reflexiones y miradas desde diferentes programas asistenciales **24**

T3: Buenas prácticas en la atención al autismo a través de la vida **25**

T4: Investigación en psiquiatría de la infancia y la adolescencia: de la teoría a la práctica **27**

T5: La función del tutor principal de residentes en la formación sanitaria especializada, específicamente para la formación de mir psiquiatría infantil y de la adolescencia **28**

T6: Los problemas de la vida en la consulta de psiquiatría infantil. ¿Qué hacemos? **29**

Posters

P1: Sustrato biológico de las funciones cognitivas en población adolescente con psicosis de inicio temprano: niveles de n-acetil aspartato durante los primeros 5 años de enfermedad **31**

P2: Evaluación de la comorbilidad psiquiátrica en el trastorno del espectro autista en función del género **32**

P3: Impacto del trastorno depresivo mayor y los síntomas negativos atenuados en la transición a la psicosis en niños y adolescentes en riesgo de psicosis: el estudio capris **33**

P4: Evaluación del programa de desensibilización de extracciones sanguíneas en pacientes con trastorno del espectro autista **34**

P5: Trastorno por uso de sustancias en pacientes con trastorno del espectro autista que ingresan en hospitalización de agudos **35**

P6: Estimulación cognitiva en recién nacidos muy prematuros. Ensayo clínico aleatorizado **36**

P7: Proyecto de humanización en una unidad de hospitalización de psiquiatría Infanto-Juvenil **37**

P8: Mejora psicopatológica en comorbilidad y sintomatología trastorno espectro autista tras ingreso en la unidad terapéutica de día de autismo **38**

P9: Impacto de las alteraciones del sueño en el patrón de desregulación emocional de los adolescentes con depresión. grupo focal con adolescentes **39**

P10: Red de enlace para la prevención de la conducta suicida: coordinación educación y salud mental Infanto-Juvenil **40**

P11: Factores de riesgo para el desarrollo del síndrome de Kleine-Levin **41**

P12: Uso responsable de las tics: una experiencia en hospital de día Infanto-Juvenil **42**

P13: Alucinaciones en edad preescolar: a propósito de un caso **43**

P14: Influencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la sintomatología basal de niños y adolescentes con estado mental de alto riesgo para psicosis **44**

P15: Beneficios de la terapia de aceptación y compromiso en los cuidadores de niños con trastorno del espectro autista: una revisión de la literatura **45**

P16: Programa de atención domiciliaria para población infantojuvenil. Una iniciativa comunitaria del centro de salud mental de alcorcón **46**

P17: Atención a la patología digestiva en pacientes con trastornos del espectro autista **47**

P18: Evaluación del rendimiento diagnóstico en pacientes con autismo para la práctica clínica en base a datos genómicos **48**

P19: Análisis descriptivo de los pacientes con trastorno del espectro autista en la unidad de hospitalización psiquiátrica infantojuvenil del vallés occidental durante el año 2023 ..... **49**

P20: Asociación entre las puntuaciones de la escala MASC y el tratamiento indicado en una muestra clínica de niños y adolescentes **50**

P21: Eficacia de hospitalización a domicilio en psiquiatría Infanto-Juvenil **51**

P22: Asociación entre cociente intelectual y estructura cortical en niños y adolescentes hijos de pacientes con esquizofrenia o trastorno bipolar **52**

P23: Programa infantojuvenil de intervención en crisis: perfil social de los pacientes atendidos **53**

P24: Diferencias en neuroimagen cortical en hijos de pacientes con trastorno bipolar: perspectivas desde un análisis estratificado por el cociente intelectual **54**

P25: Prevalencia y correlación de conducta suicida en adolescentes con trastorno bipolar **55**

P26: Estudio descriptivo de los pacientes ingresados en una unidad de hospitalización breve infantojuvenil en los primeros 21 meses de apertura **56**

P27: Tiempo de hospitalización y presencia de conflicto familiar: estudio retrospectivo en una unidad hospitalaria una unidad de hospitalización breve Infanto-Juvenil en el primer año de apertura **57**

P28: Programas terapéuticos individualizados en una unidad de ingreso de salud mental Infanto-Iuvenil **58**

P29: Programas de transición para adolescentes y estados mentales de alto riesgo para psicosis. Descripción de un programa pionero y análisis de los usuarios atendidos **59**

P30: Factores sociodemográficos asociados a mayor gravedad clínica en un programa de transición para adolescentes específico de estados mentales de alto riesgo para psicosis **60**

P31: Programa de atención a la crisis infantil y juvenil: evaluación de una intervención intensiva comunitaria **61**

P32: Asociación de la duración de la psicosis no tratada con el rendimiento en funciones ejecutivas después de 5 años del diagnóstico de una psicosis de inicio temprano **62**

P33: Relación entre los puntajes en las subescalas del cuestionario masc y el diagnóstico clínico en una muestra de niños y adolescentes en españa **63**

P34: Atención en urgencias hospitalarias de psiquiatría Infanto-Juvenil en menores de 12 años. ¿Qué nos deparan los próximos años? **64**

P35: Influencia de los estilos educativos parentales en la psicopatología de niños y adolescentes **65**

P36: Utilidad de nuevas tecnologías en el área comunicativa y social de los niños con trastornos del espectro autista (TEA) **66**

P37: Trastorno de evitación /restricción de ingesta de alimentos en pacientes con trastorno del espectro autista **67**

P38: Experiencia de un programa intensivo de atención a adolescentes duales con adicciones y comorbilidad psiquiátrica: el impacto del género **68**

P39: Estudio descriptivo de pacientes en programa DBT **69**

P40: ¿Existen diferencias entre chicos y chicas adolescentes con trastorno de consumo de cannabis en el patrón de consumo y psicopatología asociada? **70**

P41: Relación entre apoyo social percibido y regulación emocional en una muestra clínica de adolescentes **71**

P42: Aula integral de soporte de primaria de cardedeu. Intervención integradora e inclusiva **72**

P43: Estudio piloto del protocolo de tratamiento intensivo de hospitalización parcial en hospital de día pradera de san isidro **73**

P44: Perfil socio-demográfico, psicopatológico y funcional de las personas atendidas en el programa paicsamaec. Vallès occidental **74**

P45: Continuidad del seguimiento de pacientes en el paso al programa de adultos **75**

P46: Relación entre rasgos límite de personalidad y funcionamiento adaptativo en las personas atendidas en el programa paicsamaec. Vallès occidental **76**

P47: Perfil socio-demográfico, psicopatológico y funcional de las personas atendidas en el programa paicsamaec. Vallès occidental **77**

P48: Relación entre rasgos límite de personalidad y funcionamiento adaptativo en las personas atendidas en el programa paicsamaec. Vallès occidental **78**

P49: Programa integral de regulación emocional y conducta en contexto hospitalario: evaluación del estrés parental y alteraciones de conducta en niños con TEA **79**

P50: Atención multidisciplinar en la transición y patología asociada **80**

P51: El estrés materno durante el embarazo como predictor de sintomatología restringida, repetitiva y estereotipada en hijos con trastorno del espectro autista **81**

P52: Descifrando la arquitectura de riesgo genético del primer episodio psicótico en la adolescencia **82**

P53: Descripción de la población escolarizada en educación especial atendida en el centro de salud mental Infanto-Juvenil del vallés occidental este **83**

P54: Descripción de pacientes ingresados por trastorno de conducta alimentaria e influencia de la pandemia COVID 19 ..... **84**

P55: Inicio del camino de aprendizaje en la regulación emocional. Adolescentes y familias **85**

P56: El hospital de día de adolescentes del CIJ Saralegi, primeros pasos. Un análisis descriptivo **86**

P57: Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes Infanto-Juvenil que ingresaron en la unidad de hospitalización psiquiátrica infantojuvenil (UHP-IJ) desde el año 2015 al 2023 ..... **87**

P58: Uso de cariprazina en población Infanto-Juvenil **88**

P59: Falsos positivos y falsos negativos en el instrumento ADOS-2 en una muestra de pacientes complejos del hgu gregorio marañón **89**

P60: Correlatos anatómicos del trastorno de pánico en adolescentes: primera evidencia de la participación de la corteza cingulada anterior **90**

P61: Más allá de la estabilidad clínica, la necesidad de trabajo social para evitar la exclusión social y acompañar en la construcción de un proyecto de vida **91**

P62: Salud mental perinatal en mujeres en procesos de reproducción asistida: evaluación de una muestra de mujeres atendidas en un programa especializado **92**

P63: Programa de salud mental y enlace con centros de educación especial de la comunidad de madrid **93**

P64: Evolución de un programa de transición de la adolescencia a la edad adulta en la provincia de barcelona **94**

P65: Desafíos durante la transición de los servicios de salud mental para niños y adolescentes a los servicios de salud mental para adultos **95**

P66: Actualización de los criterios para la realización de estudios genéticos en pacientes de salud mental Infanto-Juvenil. Criterios basados en la evidencia **96**

P67: Incremento de la accesibilidad a tratamientos específicos desde dispositivos comunitarios de salud mental infanto juvenil **97**

Posters tipo caso clínico

CC1: El niño de babel: una mirada al mundo del Savant **98**

CC2: Grandes familias, grandes retos **99**

CC3: Síndrome de HIKIKOMORI en adolescentes. A propósito de un caso **100**

CC4: Perfiles de uso de la terapia electroconvulsiva en adolescentes hospitalizados: descriptivo de seis casos **101**

CC5: Pica como trastorno de la conducta alimentaria: profundizando en la complejidad de las ingestas atípicas a propósito de un caso **102**

CC6: Diagnóstico diferencial del trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos: a propósito de un caso **103**

CC7: Epilepsia y trastorno del espectro autista (TEA). A propósito de un caso **104**

CC8: Transición a la vida adulta en el trastorno mental grave (TMG) a propósito de un caso paradigmático **105**

CC9: Trastorno bipolar: el reto del diagnóstico diferencial **106**

CC10: Dificultades del abordaje de los síntomas psiquiátricos en la enfermedad de Wilson: a propósito de un caso **107**

CC11: Epilepsia mioclónica progresiva. A propósito de un caso **108**

CC12: Intervención comunitaria y multidisciplinar en salud mental infantojuvenil: a propósito de un caso **109**

CC13: Síntomas psiquiátricos tras infección por influenza: a propósito de un caso **110**

CC14: Trastorno del espectro autista (TEA) y esquizofenia de inicio en la infancia (CAOS) **111**

Comunicaciones orales

CO1: Adolescentes con estado mental de alto riesgo de psicosis y rasgos del trastorno del espectro del autismo. Caracterísitcas clínicas diferenciales **112**

CO2: El papel del maltrato infantil y los trastornos mentales en la conducta suicida en adolescentes **113**

CO3: Tratamiento domiciliario en adolescentes con anorexia nerviosa (AN): programa home treatment (HOT) **114**

CO4: Evolución psicopatológica de menores a la edad adulta en la provincia de lérida **115**

CO5: Grupo ENLLAÇ: intervención multifamiliar para vincular a las familias en hospital de día **116**

CO6: Flexibilidad cognitiva y cambio de longitud de telómeros en el síndrome de deleción 22Q11 ..... **117**

CO7: Aplicación del programa de transición infantojuvenil a consultas de adultos en el hospital del henares **118**

CO8: Programa tratamiento ambulatorio intensivo multidisciplinar (TAIM): tratamiento ambulatorio intensivo en trastorno mental grave (TMG) adolescente **119**

CO9: Procesamiento visual y emocional en trastorno del espectro autista de grado I: un análisis con *eye tracker* **120**

CO10: Estudio piloto de una aplicación móvil (THINKAPP) para jóvenes con primer episodio psicótico **121**

CO11: Programa de alternativa a la hospitalización: intervención, resultados y desafíos **122**

CC12: Perfil de desregulación cbcl, problemas afectivos y adherencia en diabetes MELLITUS tipo 1 (DM1) infantojuvenil **123**

CC13: Desarrollo y evaluación clínica de tdapp, un herramienta basada en inteligencia artificial para optimizar las decisiones sobre el tratamiento de pacientes con TDAH **124**

CC14: Perfil clínico, características cognitivas y funcionales de chicas adolescentes TEA de reciente diagnóstico **125**

CC15: Coordinaciones telemáticas salud-educaciónsocial desde el hospital de día para adolescentes: un aprendizaje post pandemia **126**

S1 EL TRASTORNO DE TOURETTE Y SU TRANSICIÓN A LA EDAD ADULTA. BASES NEUROINMUNOLÓGICAS, EVOLUCIÓN CLÍNICA Y ACTUALIZACIÓN EN TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y DE ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA

MODERA: Vigil Pérez, Ana; Psiquiatra infantil y juvenil H. Clìnic, Barcelona.

PONENTE 1: Carulla Roig, Marta[1]
PONENTE 2: García Delgar, Blanca[2]
PONENTE 3: Pagonabarraga, Javier[3]

[1] Psiquiatra infantil y juvenil, H. San Joan de Deu, Barcelona
[2] Psiquiuatra infantil y juvenil, H. Clìnic, Barcelona
[3] Neurólogo Unidad de Trastornos del Movimiento H. Sant Pau, Barcelona

Influencia de la respuesta inmunológica en el curso clínico del Trastorno de Tourette en la infancia y adolescencia

Los tics presentes en el trastorno de Tourette (TT) y los trastornos de tics persistentes (TTP) pueden exacerbarse en función de factores ambientales como el estrés o las infecciones. El estreptococo pyogenes y el estreptococo del grupo A (SGA) se ha asociado a infecciones benignas como la faringoamigdalitis y a otras más graves y autoinmunes como la fiebre reumática o el PANDAS "Pediatric autoinmune neuropsychiatric disorders associated with Streptococcal infections". El estado de portador de SGA se estima en un 15-33% de la población general, constituyendo un posible mediador de reacciones autoinmunitarias. Con el objetivo de analizar la interacción entre los tics, los mecanismos inmunológicos y la respuesta a infecciones, se ha diseñado un estudio multicéntrico COURSE-CAT (N=50 pacientes de 7 a 17 años diagnosticados de TT/TTP) seguidos prospectivamente 18 meses en el Hospital Clínic y el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Se incluye la recogida de datos clínicos y de muestras biológicas para estudio inmunológico. Como resultado preliminar, se ha analizado el estatus de portador de SGA mediante cultivo de frotis faríngeo y por reacción en cadena de la polimerasa (PCR), hallando los siguientes resultados:

1- El 78% de pacientes son niños, con una edad media de 13 años.
2- Todos los pacientes fueron asintomáticos. Mientras los cultivos fueron negativos, 16 pacientes (32%) fueron positivos para SGA en la detección por PCR.

A partir de estos resultados podríamos definir en qué medida puede influir el estatus de portador en las exacerbaciones de tics versus los no portadores en nuestra muestra, y aportar mayor robustez a otros biomarcadores neuroinmunes encontrados en las personas con trastorno de Tourette, en la línea de los estudios basados en largas cohortes internacionales como el EMTICS.

Evolución de los tics y las comorbilidades psiquiátricas a lo largo de la infancia: ¿hay diferencia entre sexo?

El trastorno de Tourette (TT) tiene un fuerte predominio masculino. La proporción hombre: mujer es de 5:1 en la infancia y de 3:1 en la edad adulta (1). En la actualidad, se desconocen los motivos que explican la mayor prevalencia en hombres o porqué esta diferencia por sexo disminuye con la edad. A partir de los datos transversales de la muestra EMTICS (n=709, 23.3% niñas), se analizan diferencias de sexo en la presentación clínica del TT que podrían explicar parcialmente estas diferencias. Los resultados de este análisis han sido publicados (2) y son los siguientes:

1- Los niños tienen más gravedad de tics, síntomas de TDAH y síntomas de TEA que las niñas.
2- Existe una interacción estadísticamente significativa entre el sexo y la edad sobre la intensidad de los tics y las compulsiones (las niñas presentan mayores síntomas de gravedad a medida que aumenta la edad).

A partir de estos resultados se sugiere que:

- La mayor proporción de hombre: mujer en la infancia puede deberse a una mayor detección en niños que en niñas en esta fase de la vida.
- La reducción de la proporción hombre: mujer en la edad adulta podría tener relación con el agravamiento de tics con la edad en mujeres.

Conocer la evolución de los tics y de las comorbilidades en las diferentes fases de la vida es crucial para mejorar el tratamiento de los pacientes.

Transición del síndrome de Tourette a la edad adulta: Heterogeneidad clínica y papel de la estimulación cerebral profunda

El trastorno de Tourette acompaña a los pacientes durante todo su recorrido vital. Ya desde la infancia no sólo se caracteriza por tics motores y/o fónicos más o menos complejos, sino que múltiples trastornos conductuales y afectivos pueden presentarse de manera muy diversa y heterogénea entre pacientes. En función de qué síntomas predominan y qué alteraciones tienen un mayor impacto en la funcionalidad diaria y la calidad de vida, los diferentes tratamientos farmacológicos y no farmacológicos se van combinando, de manera multidisciplinar y teniendo en cuenta cómo estas diferentes alteraciones afectan a su vez al neurodesarrollo. En casos más graves en los que las terapias conductuales y los fármacos no hayan sido capaces de controlar los tics, las conductas impulsivas o el trastorno obsesivo-compulsivo, el tratamiento mediante estimulación cerebral profunda se ha mostrado eficaz, y requiere de una valoración integral para determinar qué problemas específicos están afectando la vida del paciente, y en consecuencia, qué dianas quirúrgicas son las óptimas para cada caso en concreto. En esta intervención, abordaremos la complejidad sintomática de los diferentes problemas neurológicos y neuropsiquiátricos del trastorno de Tourette y actualizaremos el conocimiento de la estimulación cerebral profunda en este trastorno.

S2 BIOMARCADORES EN AUTISMO. A PROPÓSITO DEL EQUILIBRIO GABA/GLUTAMATO

MODERA: Parellada Redondo, Mara; Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, HGU. Gregorio Marañón. CIBERSAM. UCM.

PONENTE 1: San José Cáceres, Antonia[1]
PONENTE 2: Colomar Mollá, Laura[2]
PONENTE 3: Calvo Escalona Rosa[3]

[1] Psicóloga. Fund. para la Investigación Biomédica del Gregorio Marañón (FIBGM) y CIBERSAM
[2] Psicóloga Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM). King´s College London
[3] Serv. de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil, H. Clínic de Barcelona. CIBERSAM. IDIBAPS

Revisión de biomarcadores farmacodinámicos en TEA

No hay medicamentos disponibles para el tratamiento de los síntomas definitorios de TEA, en parte por falta de entendimiento de sus sustratos neurobiológicos. En esta ponencia se presentará una revisión sistemática sobre biomarcadores farmacodinámicos en TEA, según guías PRISMA. Criterios de selección: 1) revisado por pares, en inglés 2) originales; 3) centrados en TEA; 4) datos nuevos y con al menos un biomarcador; 5) biomarcadores cuantificables y potencialmente cambiables; 6) inclusión de evaluación de síntomas autistas; y 7) estudios animales con intervención. Resultados: Se seleccionaron 280 artículos (de 5799) que reportaban información sobre 940 biomarcadores de tratamiento. Los biomarcadores moleculares (p.e., citoquinas, factores de crecimiento, etc.) fueron los más comúnmente reportados, seguidos de biomarcadores neurofisiológicos (p.e., derivados de resonancias magnéticas, EEG, seguimiento visual). Los estudios eran muy heterogéneos en fenotipo presentado, datos sociodemográficos, tipos de tejidos y métodos de detección. La forma de reportar datos fue inconsistente, complicando la ejecución de meta-análisis. Los mismos biomarcadores en diferentes estudios mostraron resultados muy diversos e inconsistentes. Conclusiones: no hay biomarcadores que tengan suficiente evidencia para informar ensayos clínicos en TEA. Para acelerar el descubrimiento de potenciales biomarcadores de tratamiento, es imperativo que la investigación en TEA se centre en diseñar modelos experimentales consistentes, corregir comparaciones múltiples, usar replicación formal, compartir datos brutos y pre-registrar los estudios.

Asociación entre el ratio excitatorio/inhibitorio (E/I) cortical y la sintomatología autista

La literatura previa muestra considerable consenso en torno a la existencia de un desequilibrio E/I en, al menos, algunos casos de autismo. Los hallazgos hasta la fecha son altamente heterogéneos, y la comprensión del fenómeno y sus mecanismos subyacentes, limitada. La alta diversidad intrínseca al autismo y las dificultades técnicas para medir el ratio E/I son las principales limitaciones en este campo. El objetivo principal del presente estudio fue investigar la potencial asociación entre el ratio E/I cortical y los rasgos autistas en una muestra homogénea de 39 niños con autismo. Caracterización de rasgos autistas: Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo-2 (ADOS-2), Escala de Responsividad Social (SRS-2) y Perfil Sensorial-2 (SP-2). Se calculó el ratio E/I según la actividad electroencefalográfica en estado de reposo. Aunque preliminares, los resultados del estudio sugieren que existe una asociación entre la actividad E/I cortical y los síntomas sensoriales en autismo.

Estudio de fase II, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo sobre la eficacia, seguridad y tolerabilidad del Arbaclofen en niños y adolescentes con autismo

El arbaclofen es un agonista GABA-B que modula las señales excitatorias cerebrales y que ha demostrado mejorar la función social de los autistas más jóvenes en estudios preliminares. Objetivo: Estudiar la acción del arbaclofen en una muestra de niños y adolescentes (5-17 años) con autismo y lenguaje fluido en centros especializados en autismo en Europa, con la misma metodología que un estudio paralelo que se desarrolla en Canadá. Métodos: Se asignó aleatoriamente a los 130 participantes para recibir tratamiento o placebo durante 16 semanas. La medida primaria fue el efecto sobre la función social (dominio de socialización de VABS-3) y las secundarias fueron: la impresión clínica (CGI-S y CGI-I), otras áreas de función adaptativa, comunicación social y otros síntomas del autismo, problemas de conducta concurrentes (SRS, AIM, ABC) y calidad de vida (PedQoL). Resultados: quienes recibieron arbaclofen mostraron mejoras significativas en interacciones con sus compañeros y conducta atípica y repetitiva en las variables secundarias del estudio, pese a no alcanzar significación estadística en la VABS, variable principal. Conclusiones: Los resultados secundarios y la buena tolerancia de arbaclofen se beneficiarán de la combinación de esta muestra con un estudio canadiense con similar metodología.

S3 RESILIENCIA EN LAS FASES TEMPRANAS DE DESARROLLO DE LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS

MODERA: Tor Fabra, Jordina; Investigadora Á. Salud Mental infantil y juvenil. H. Sant Joan de Déu, Barcelona.

PONENTE 1: Camprodon-Boadas, Patricia[1]
PONENTE 2: Dolz Abadia, Montserrat[2]
PONENTE 3: Serra-Arumí, Clara[3]

[1] Psicóloga e investigadora Serv. de Psiquiatría Infantil del H.1 Clínic de Barcelona
[2] Psiquiatra, Jefa Á. Salud Mental infantil y juvenil. H. Sant Joan de Déu, Barcelona
[3] Psicóloga, Grupo MERITT. Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat, Barcelona

Reserva cognitiva como factor de resiliencia en hijos de pacientes con esquizofrenia o trastorno bipolar

Antecedentes: El término reserva cognitiva (RC) se refiere a las diferencias individuales en la capacidad del cerebro para hacer frente a la patología neural. El objetivo de este estudio es estudiar los niveles de RC en hijos de pacientes con esquizofrenia (SzO), trastorno bipolar (BpO) y en hijos de controles comunitarios (CcO), y analizar su relación con variables clínicas, cognitivas o de neuroimagen. **Métodos:** La muestra estuvo compuesta por 151 hijos de pacientes, 46 SzO, 105 BpO y 102 CcO. Se evaluó a cada participante midiendo la RC, variables clínicas y cognitivas. Una submuestra de 35 hijos de pacientes y 42 CcO se sometieron a una neuroimagen estructural por resonancia magnética. Para los análisis estadísticos se utilizaron modelos de regresión logística multinivel de efectos mixtos (variables categóricas) o modelos de regresión lineal multinivel de efectos mixtos (variables continuas). **Resultados:** Se hallaron diferencias significativas entre grupos en cuanto al nivel de RC. El grupo SzO obtuvo niveles de RC significativamente inferiores que los otros dos grupos. El grupo BpO obtuvo un nivel de RC inferior al del grupo CcO. Niveles más altos de RC se asociaron con menores tasas de psicopatología a lo largo de la vida, menor severidad de síntomas psicóticos prodrómicos, un mejor funcionamiento psicosocial y un mejor rendimiento cognitivo en los hijos de pacientes. En la submuestra que se sometió a la resonancia magnética, niveles más altos de RC se relacionaron con una mayor superficie cortical y un mayor volumen de sustancia gris. **Conclusiones:** La RC parece estar asociada a las tasas de psicopatología, síntomas clínicos, rendimiento cognitivo y a variables de neuroimagen estructural en los hijos de pacientes y, por lo tanto, podría considerarse un factor protector en estas poblaciones que son especialmente vulnerables y que enfrentan un mayor riesgo genético y ambiental de desarrollar enfermedades mentales.

Perfil de resiliencia en niños y adolescentes en riesgo clínico para el desarrollo de psicosis

Introducción: El riesgo clínico de psicosis (CHR, siglas en inglés) identifica pacientes que prestan una serie de síntomas que indican que puede estar en riesgo a desarrollar un episodio psicótico en el futuro. En población infanto-juvenil, alrededor del 40% de los pacientes identificados como CHR tiene un resultado favorable a los 2 años de seguimiento. El objetivo de esta presentación es poder observar si la capacidad de resiliencia tiene algún papel en la recuperación del estado de CHR. **Método:** Se analiza una muestra de 122 sujetos CHR, y 81 controles sanos (CS). Se han evaluado diversas características vinculadas a la resiliencia: edad, sexo, nivel socio-económico, uso de sustancias, eventos vitales estresantes en el año anterior, trauma durante la infancia, funcionamiento pasado, esquemas cognitivos e inteligencia general. Se comparan los datos transversales de un grupo de pacientes CHR y un grupo CS, según el resultado clínico: CHR con resultado favorable (CHR-F), CHR con resultados desfavorable (CHR-DF) y CS. Los grupos han sido comparados mediante análisis de ANOVA, ajustando con la corrección de Bonferroni. Para las variables cualitativas, se han utilizado el test de chi cuadrado. Estos datos son un análisis preliminar de un artículo en elaboración. **Resultados:** Se observan diferencias en todas las variables relacionadas con resiliencia. En el análisis por pares se observa que la diferencia se encuentra entre los CS y los otros dos grupos, pero no entre CHR-F y CHR-DF en la mayoría de variables. En inteligencia general, los CS y los CHR-F presentan valores similares y significativamente mayores que los CHRDF. **Conclusión:** Existe cierto perfil relacionado con mayor capacidad de resiliencia en los CS en comparación al grupo de pacientes CHR. Además, existe una inteligencia general más elevada en el grupo de CS y sujetos con resultado favorable.

La resiliencia en adolescentes con un primer episodio psicótico

Introducción: La mayoría de los estudios han encontrado que las personas con un primer episodio psicótico (PEP) son menos resilientes que las personas que no han tenido un PEP. Además, la resiliencia parece estar asociada con la sintomatología, el funcionamiento y también la recuperación posterior al episodio. En cuanto a la población más joven, menores de 18 años, con un PEP, casi no existen estudios al respecto considerando la resiliencia. **Objetivos:** Examinar las diferencias de resiliencia entre un grupo de adolescentes de entre 13 y 18 años con un PEP y otro grupo formado por jóvenes de la población general que no han presentado un PEP. También evaluar las diferencias de resiliencia según el sexo dentro del grupo de personas con un PEP. **Métodos:** La resiliencia se evaluó con la escala CD-RISC en su versión de 10 ítems. Se incluyeron 54 participantes. 9 chicas y 17 chicos con un PEP, atendidas/os en el Servicio de Salud Mental del HSJD. Y 14 chicas y 14 chicos del grupo de población general con el mismo rango de edad. **Resultados:** No se encontraron diferencias significativas respecto a la resiliencia entre el grupo de personas adolescentes con un PEP y el grupo de adolescentes de la población general (MW-U=289.50, p=.196). Tampoco dentro del grupo con un PEP entre chicos y chicas (MW-U=60.00, p=.373).

S4 POLÉMICAS EN MENORES TRANS

MODERA: Rubio Morell, Belén; Grupo de elaboración del Protocolo de Atención a Personas Trans del Servicio Canario de Salud.

PONENTE 1: Rubio Morell, Belén[1]
PONENTE 2: González Collantes, Ruth[2]
PONENTE 3: Manuel Ruiz Lázaro, Pedro[3]

[1] Psiquiatra, Grupo de elaboración del Protocolo de Atención a Personas Trans del Serv.Canario de Salud
[2] Psiquiatra de la Unidad de Identidad de Género del H. Clínico U. Valladolid
[3] Jefe de Sección Psiquiatría Infanto-Juvenil H.C.U. Lozano Blesa de Zaragoza

Acompañamiento terapéutico y transición ¿hay que tratar un no trastorno?

El debate sobre la ley trans actual española, ha generado una gran discusión en los planteamientos de atención a esta población. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que entre el 0,3% y el 0,5% de la población mundial es trans. El aumento de esta cifra se enmarca en la pérdida de miedo al estigma y la mayor aceptación de la diversidad de género. Frente a esta postura, otros consideran que estamos ante un «contagio social». A esto se suma el temor a la detransición y las consecuencias a largo plazo. Toda decisión médica implica sopesar riesgos y beneficios. Muchos fármacos utilizados en la prevención de acontecimientos médicos graves, se acompañan de efectos secundarios, que aunque poco probables, pueden ser muy graves. Sin embargo, el beneficio supera en creces a la baja probabilidad del suceso adverso, por lo que no se duda en su indicación. Lo mismo puede decirse de los jóvenes transexuales y la atención sanitaria para la reafirmación del género. ¿Cambiará un pequeño número de personas de opinión sobre la transición médica? Sí. ¿Significa esto que debemos negar un tratamiento que tiene una alta probabilidad de proporcionar un gran beneficio para la salud mental de la población trans? Claramente no. El objetivo de

la siguiente presentación es analizar las recomendaciones clínicas actuales para el acompañamiento y transición de los niños y adolescentes trans, los riesgos de no intervenir y probabilidad de detransición según los últimos estudios.

Disforias aceleradas ¿Cuestión de género?

Durante la última década ha habido un aumento dramático de adolescentes y adultos jóvenes (AYA) con disforia de género (DG). Una explicación influyente, aunque controvertida, es que el aumento refleja un síndrome socialmente contagioso: la disforia de género de aparición rápida (ROGD) (Diaz y Bailey, 2023). Esta disforia acelerada o Rapid-Onset Gender Dysphoria no es un diagnóstico reconocido en Psiquiatría (Turban et al, 2023). En una encuesta web (ParentsofROGDKids.com) de padres con hijos AYA con supuesta ROGD se centran en 1.655 AYA cuya DG supuestamente comenzó entre 11 y 21 años. El 75% eran mujeres de nacimiento. Los varones de nacimiento empiezan más tarde (1,9 años), y era mucho menos probable que hubieran dado pasos hacia la transición social de género (65,7% mujeres vs 28,6% hombres). Los problemas de salud mental preexistentes eran comunes, y los jóvenes con ellos tenían más probabilidades de haber realizado una transición social y médica. Los padres informaron que se habían sentido presionados por médicos para afirmar el nuevo género de su hijo y apoyar su transición. Según los padres, la salud mental se deterioró considerablemente después de la transición social. Tras discutir posibles sesgos de respuestas de la encuesta de esta muestra se concluyó que actualmente no hay razón para creer que los informes de padres que apoyan la transición de género sean más precisos que los de los que se oponen. Para resolver las controversias sobre ROGD, es deseable que investigaciones futuras incluyan padres tanto a favor como en contra de la transición, así como hijos AYA con DG. (Diaz y Bailey, 2023).

Sobrerrepresentación TEA y Trans ¿Comorbilidad o búsqueda de identidad?

Introducción: el sugerido solapamiento entre TEA y disforia/incongruencia de género (DG/IG) con sobrerrepresentación de TEA en personas trans y a la inversa (Hisle-Gorman et al., 2019) está en debate y discusión. **Material y método:** revisión narrativa de estudios, revisiones sistemáticas y metanálisis (Kallitssounaki y Williams., 2023) (Hisle-Gorman et al., 2019) (Glidden et al., 2016). **Resultados:** TEA en niños y adolescentes con DG muestra mayor prevalencia de TEA que la población general (Glidden et al., 2016), La prevalencia estimada de TEA en DG/IG es 11% y el tamaño del efecto total de la diferencia en rasgos TEA entre personas DG/IG y controles es significativo. La heterogeneidad es alta (Kallitssounaki y Williams., 2023). Niños con TEA es cuatro veces más probable se diagnostiquen DG. **Discusión:** varias hipótesis intentan explicar el incremento de síntomas TEA entre personas trans, DG/IG, la posible coocurrencia: el papel de la resistencia al cambio, conductas estereotipadas o exposición prenatal a testosterona (van der Miesen et al., 2018), el papel de la identidad. **Conclusiones:** hay pruebas crecientes del solapamiento en menores entre TEA y transexualidad disforia/incongruencia de género (DG/IG) con sobrerrepresentación en los dos sentidos. Un desafío para los clínicos, que precisa de una reflexión sosegada y basada en ciencia.

S5 CONSECUENCIAS PSICOPATOLÓGICAS DEL TRAUMA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA: MECANISMOS ETIOPATOGÉNICOS E INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

MODERA: Mojarro Práxedes, Mª Dolores; Psiquiatra, Prof. titular de Psiquiatría, Universidad de Sevilla.

PONENTE 1: Fernández Rivas, Aranzazu[1]
PONENTE 2: Sesma Pardo, Eva[2]
PONENTE 3: de Cruylles de Peratallada Jaumandreu, Susana[3]

[1] Psiquiatra infantil y de la adolescencia. Jefe de Sección de Psiquiatría infanto-juvenil H.U. de Basurto, Bilbao.
[2] Psiquiatra infantil y de la adolescencia. H.U de Basurto, Bilbao. CIBERSAM. Prof. Asociada Universidad País Vasco
[3] Psicóloga Clínica, Practica privada (Madrid) y Dpto de Estrés y Resiliencia en la Edad Temprana, Universidad Stanford, California, EEUU

Mecanismos etiopatogénicos del trauma en la infancia o adolescencia para el desarrollo de psicopatología

La exposición a trauma en la infancia o adolescencia representa un grave factor de riesgo de desarrollo de psicopatología posterior a surgir en la infancia, la adolescencia o edad adulta. Se sabe que los mecanismos etiopatogénicos subyacentes al desarrollo de dichas patologías se basan en la afectación del trauma en tres aspectos fundamentales (1):

• procesamiento de la información social

- reconocimiento, procesamiento y regulación emocional
- envejecimiento biológico acelerado

En el consorcio FemNAT-CD hemos investigado activamente los Trastornos de Conducta (TC) en la infancia y adolescencia y muy específicamente en mujeres. En el estudio de la relación entre maltrato en la infancia y desarrollo de psicopatología, evaluando específicamente el reconocimiento emocional, hemos hallado cómo el maltrato estaba específicamente asociado con un menor reconocimiento del miedo. El maltrato, la psicopatología y la emoción interactuaban, así los menores expuestos a maltrato y con bajos niveles de psicopatología mostraron déficits en el reconocimiento de la alegría, el miedo y el asco frente a los jóvenes no maltratados con baja psicopatología (2). En estudio de RMN los menores con TC maltratados presentaban un menor volumen del giro temporal superior derecho, una menor superficie del giro precentral derecho y una menor girificación de las regiones frontal, temporal y parietal (3).

1. McLaughlin KA et al. Mechanisms linking childhood trauma exposure and psychopathology: a transdiagnostic model of risk and resilience. BMC Medicine. 2020;18:96 https://doi.org/10.1186/s12916-020-01561-6
2. Diaconu B. et al. Emotion processing in maltreated boys and girls: Evidence for latent vulnerability. European Child & Adolescent Psychiatry. 2023; 32:2523–2536. https://doi.org/10.1007/s00787-022-02132-1
3. Staginnus M et al. Testing the ecophenotype model: Cortical structure alterations in conduct disorder with versus without childhood maltreatment. Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging. 2023; 8(6): 609–19. https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2022.12.012

Terapia Dialéctica Conductual para el tratamiento de adolescentes con Trastornos de conducta y Trastorno límite de personalidad

La Terapia Dialéctica Conductual (TDC) ha demostrado ser una terapia transdiagnóstica efectiva para el tratamiento de diferentes patologías que tienen en común a la desregulación emocional como eje psicopatológico del trastorno (1). Es por ello por lo que hoy en día tanto los adolescentes con TC como con TLP se benefician enormemente de esta psicoterapia. La TDC es una terapia multicomponente que aporta al paciente una ayuda psicoterapéutica intensiva con la terapia individual, el grupo de entrenamiento en habilidades y el coaching telefónico de habilidades. En el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Basurto (Bilbao) tenemos una larga experiencia en esta terapia disponiendo de un programa completo de TDC. Además realizamos un análisis con grupos focales de adolescentes que participaron en el grupo de entrenamiento en habilidades (2). Ellos opinaron cómo la problemática nuclear que presentaban era la dificultad para regular las emociones de forma adaptativa, y cómo el bloqueo de la comunicación o el fallo de un mecanismo desadaptativo como la contención emocional, puede dar lugar a trastornos de ánimo y conductas autodestructivas. Destacan la relevancia del espacio de tratamiento grupal como entorno validante, la importancia de la motivación al tratamiento para que éste sea efectivo y cómo llegan a entender su sufrimiento gracias a la mejora de la función reflexiva.

1. Ritschel LA, et al. Transdiagnostic Applications of DBT for Adolescents and Adults. American Journal of Psychotherapy. 2015; 69(2): 111-128.
2. Sesma Pardo E et al. A qualitative research of adolescents with behavioral problems about their experience in a dialectical behavior therapy skills training group. BMC Psychiatry. 2020; 20:245. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02649-2

Tratamiento del estrés postraumático y Resiliencia en niños y adolescentes: Terapia de Claves Traumáticas

El estrés postraumático crónico en niños y adolescentes es una patología grave que si no se trata perdura en el tiempo, produciendo síntomas físicos y psicológicos y teniendo consecuencias graves en la edad adulta (1). Por la gravedad de esta patología, y el impacto en el desarrollo, el tratamiento del estrés traumático requiere una formación específica. Entre los tratamientos psicológicos que presentan evidencia científica se encuentra la Terapia de Claves Traumáticas -TCT- de la Universidad de Stanford (1, 2, 3, 4 ,5) que se describe a continuación. La TCT es una terapia multimodal de 15-18 sesiones que incorpora elementos de otras modalidades con evidencia científica (1, 2, 3). Está dividida en 4 fases, requiere al cuidador en sólo 4 de las 15 sesiones, se trabaja con el trauma crónico, y además de lo traumático, también se pone el foco en los eventos positivos de la vida del paciente, para construir resiliencia (1, 2, 5).

1. Kletter H et al. Cue-Centered Therapy for youth experiencing Posttraumatic Symptoms. Current Treatment Options in Psychiatry. 2021; 8:125-140. https://doi.org/10.1007/s40501-021-00241-3
2. Carrion VG: Cue-Centered Therapy for youth experiencing posttraumatic symptoms: A Structured Multimodal Intervention. Oxford University Press; 2016.
3. Carrion VG, Kletter H, Weems CF, Berry RR, Rettger JP. Cue-centered treatment for youth exposed to interpersonal violence: a randomized controlled trial. J Trauma Stress. 2013;26: 654–62. https://doi.org/10.1002/jts.21870
4. Espil F et al. Cortical activation predicts posttraumatic improvement in youth treated with TF-CBT or CCT. Journal of Psychiatric Research. 2022; 156:25-25. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.10.002
5. Cruylles S, et al. Terapia de claves traumáticas en formato combinado, presencial-telemático: a propósito de un caso. Revista De Psiquiatria Infanto-Juvenil. 2022; 39(4): 33-41. https://doi.org/10.31766/revpsij.v39n4a4

S6 EL POSIBLE VÍNCULO ENTRE LA GENÉTICA Y LA MICROBIOTA EN RELACIÓN AL EFECTO DE LA EXPOSICIÓN A QUÍMICOS DISRUPTORES ENDOCRINOS EN LA OBESIDAD Y EN LOS TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO

MODERA: González Dòmenech, Pablo J.; Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Universidad de Granada, Granada.

PONENTE 1: Jáimez Pérez, Sonia[1]
PONENTE 2: Baca García, Miguel Ángel[2]
PONENTE 3: González Dòmenech, Pablo J.[3]

[1] MIR 4º en Psiquiatría, H.U. Virgen de las Nieves de Granada Estudiante de posgrado programa de Doctorado de Medicina Clínica y Salud Pública de la U. de Granada
[2] Psicólogo sanitario, Gabinete de Psiquiatría y Psicología Mensana, Granada
[3] Psiquiatra infantil y de la adolescencia, Dpto. de Psiquiatría, Universidad de Granada, Instituto de Inv. Biosanitaria. Ibs-Granada.Instituto de Neurociencias Federico Oloriz. Universidad de Granada

Actualización sobre las vías etiopatogénicas comunes de la obesidad y los trastornos del neurodesarrollo en relación con la exposición a disruptores endocrinos

Nuestro grupo de investigación ha publicado recientemente en una revista internacional de alto impacto un estudio exhaustivo de revisión sistemática que incluye una hipótesis de plausibilidad biológica y que sugiere que la exposición a Disruptores Endocrinos (DE), especialmente durante las ventanas críticas del neurodesarrollo temprano, aumenta el riesgo compartido de presentar obesidad y trastornos del neurodesarrollo a través de una función moduladora a nivel epigenético y de la microbiota intestinal (1). La ponencia describe las posibles vías biológicas que vinculan de la exposición a DE con la obesidad y con los trastornos del neurodesarrollo, estableciendo un vínculo etiopatogénico triangular entre DE, genes y microbiota intestinal. Nuestro trabajo de revisión sistemática ha identificado 4648 artículos por título y resumen y ha seleccionado finalmente 86 artículos (1) que serán presentados de forma esquemática y divulgativa al público durante la ponencia. La evidencia científica actual sugiere que la obesidad y los trastornos del neurodesarrollo pueden presentar variantes genéticas compartidas y de ahí explicar, en parte, la comorbilidad existente entre ambas entidades. Además, la exposición a factores ambientales tales como los DE, entre los que se encuentran el Bisfenol A y los parabenos que están presentes en los plásticos de algunos alimentos envasados, tienen una actividad obesogénica y neuroendocrina capaz de provocar cambios a nivel de epigenética y a nivel local en la microbiota intestinal. Se requiere investigación adicional en humanos para entender la relación causal entre genética, DE y microbiota, así como sus efectos en la obesidad y en el neurodesarrollo.

1. Ramírez V, González-Palacios P, Baca MA, González-Domenech PJ, Fernández-Cabezas M, Álvarez-Cubero MJ, et al. Effect of exposure to endocrine disrupting chemicals in obesity and neurodevelopment: The genetic and microbiota link. Science of The Total Environment. 2022; 22:158219.

Influencia de la exposición dietética a bisfenoles y correlación con polimorfismos genéticos, perfil cognitivo y psicopatológico en una muestra de niños en edad escolar

La ponencia muestra los resultados de un estudio sobre exposición dietética a Disruptores Endocrinos (DE) en 102 niños escolares (6-12 años). Se realizaron evaluaciones cognitivas y conductuales mediante la Weschler Intelligence Scale for Children (WISC-V) y la Behavior Assessment System for Children (BASC-3). Se analizó el genotipo mediante ADN en saliva, seleccionando 15 SNPs (Single Nucleotide Polymorphism) según la población española genotipada de referencia (1). La exposición a DE fue estimada por encuestas de frecuencia alimentaria y calculada mediante muestras de orina (exposición aguda) y uñas (exposición crónica). El 52% de alimentos contenían bisfenoles, siendo los principales contribuyentes el pescado, la fruta, las verduras y la carne. La exposición a DE afectó al índice de capacidad verbal y provocó tendencia a la reducción del Cociente Intelectual (CI). El análisis de muestras biológicas asoció la exposición a DE con alteraciones en la memoria de trabajo y peores habilidades adaptativas. La variante alélica AG/AA del gen BDNF rs6265 se asoció a puntuaciones más bajas en el razonamiento fluido. Por el contrario, otras variantes sugieren un efecto protector, como los portadores de una o dos copias del alelo T del gen rs 11030101, asociado a puntuaciones más altas en el CI. Cuando se introdujo el factor epigenético de exposición dietética a DE, se obtuvieron asociaciones significativas entre los polimorfismos genéticos y las puntuaciones del WISC-V. La

variante G/A rs6265 del BDNF se asoció ligeramente con puntuaciones más bajas en comprensión verbal a baja exposición al bisfenol. El alelo T de la variante rs11030101 del gen BDNF mantuvo su papel protector del CI (OR ajustada = 0,36, p = 0,043).

1. Iberian population MAF values from the Ensembl database (https://www.ensembl.org/index.html)

Aplicación de la evidencia actual sobre disruptores endocrinos y recomendaciones dietéticas en la práctica clínica de la psiquiatría infanto-juvenil

La ponencia se centrará en qué debe saber el psiquiatra infanto-juvenil en su práctica clínica sobre los Disruptores Endocrinos (DE). En las últimas décadas ha aumentado considerablemente la prevalencia de dos entidades interrelacionadas, la obesidad infantil y los trastornos del neurodesarrollo. Por otro lado, está muy presentes en nuestra sociedad el impacto de la alimentación en la salud y enfermedad, no sólo en la obesidad, sino también en la psiquiatría en general y los trastornos del neurodesarrollo, en particular. El periodo intrauterino, la etapa postnatal y la pubertad son tres ventanas temporales muy sensibles a la acción de factores ambientales como la exposición a través de la dieta a DE que pueden provocar un impacto epigenético que repercuten en aspectos hormonales, fisiológicos y del neurodesarrollo. Con todo esto, el psiquiatra infantil puede enfrentarse a un desafío a la hora de informar y de orientar a pacientes y familiares sobre el impacto que tienen la alimentación y los contaminantes químicos en el pronóstico y en el tratamiento de los trastornos que atiende. A lo largo de esta ponencia expondremos y debatiremos, en base a las guías de recomendación y a la evidencia científica, perfiles de pacientes que bien por su fenotipo y/o genotipo puedan ser candidatos a recibir algunos consejos nutricionales, teniendo en cuenta también las limitaciones de estas intervenciones y los posibles inconvenientes asociados a restringir alimentos, especialmente en pacientes con alteraciones del comportamiento alimentario asociado (1).

1. González-Domenech PJ, Díaz Atienza F, García Pablos C, Fernández Soto ML, Martínez-Ortega JM, Gutiérrez-Rojas L. Influence of a Combined Gluten-Free and Casein-Free Diet on Behavior Disorders in Children and Adolescents Diagnosed with Autism Spectrum Disorder: A 12-Month Follow-Up Clinical Trial. J Autism Dev Disord. 2020; 50(3): 935-948.

S7 ACOMPAÑANDO AL TEA EN LAS DISTINTAS ETAPAS DE LA VIDA

MODERA: Hervás Zúñiga, Amaia; Psiquiatra H.U. Mutua de Terrassa,Barcelona.

PONENTE 1: Varela Casal, Paloma[1]
PONENTE 2: Bote Pérez, Valentín[2]
PONENTE 3: Blázquez Hinojosa, Ana[3]

[1] Psiquiatra infancia y adolescencia, U. de Hospitalización de Psiquiatría Infanto-Juvenil Consorci Sanitari del Maresme, Mataró, Barcelona
[2] Psiquiatra, Ud. Terapéutica de Hospitalización TEA del H. U. Mútua de Terrassa, Barcelona. Instituto General de Atención Integral al Neurodesarrollo
[3] Psiquiatra, H. Clínic de Barcelona. URTEA. Profesora asociada de la Universitat de Barcelona

Comorbilidad psiquiátrica del TEA en adolescencia y vida adulta

El autismo en la población mundial tiene una prevalencia media de 100/10 000 (ratio hombre/mujer de 4:2) (1). El 70% de personas con un TEA adultas tiene un trastorno psiquiátrico comórbido a lo largo de su vida, y el 40% dos o más comorbilidades (2). La mayoría de estos trastornos comienzan a manifestarse en la adolescencia y vida adulta. La adolescencia es una etapa especialmente exigente para los jóvenes con TEA, debido al aumento de retos sociales, cognitivos y académicos.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) fue el diagnóstico más frecuente entre los preescolares (20,4%); entre los escolares, el TDAH y los trastornos de ansiedad/obsesivo-compulsivos fueron las afecciones más frecuentes (21% y 10,6%, respectivamente); finalmente, los adolescentes presentan mayor prevalencia de ansiedad/trastornos obsesivo-compulsivos (21,8%) (3).

Las mujeres presentan mayor comorbilidad con trastornos como la epilepsia (4). En el autismo asociado a discapacidad intelectual, el sexo femenino no está claro si se asocia a una mayor gravedad en los síntomas de autismo, y la evidencia en este caso es contradictoria (5). Los varones tienen mayor prevalencia de trastornos conductuales, TDAH, y esquizofrenia (6). Por otro lado, trastornos como la depresión parecen invertirse, mientras que su prevalencia en la edad infantil es mayor en niños que en niñas, en adolescencia tardía y edad adulta ocurre lo contrario (7), lo cual además va asociado a aumento de ideación suicida, autolesiones y suicido.

La comorbilidad también se ve alterada por la edad, siendo superior en los adolescentes y adultos, donde el trastorno depresivo, bipolar y la esquizofrenia se vuelven progresivamente más prevalentes mientras que se reduce para el TDAH (8).
El objetivo de la presente ponencia es investigar sobre la comorbilidad real del TEA en adolescencia y transición a la vida adulta, en función del género y edad, para poder esclarecer que herramientas terapéuticas y farmacológicas tenemos; y que atención comunitaria y social precisamos.

1. Zeidan J, Fombonne E, Scorah J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, et al. Global prevalence of autism: A systematic review update. Autism Res. 2022;15(5):778–90. Disponible en:
2. Montagut M, Mas RM, Fernández MI, Pastor G. Influencia del sesgo de género en el diagnóstico de trastorno de espectro autista: una revisión. Escr Psicol. 2018 [;11(1):42–54.
3. Fucà E, Guerrera S, Valeri G, Casula L, Novello RL, Menghini D, et al. Psychiatric comorbidities in children and adolescents with high-functioning autism spectrum disorder: A study on prevalence, distribution and clinical features in an Italian sample. J Clin Med 2023 ;12(2):677. http://dx.doi.org/10.3390/jcm12020677
4. Amiet C, Gourfinkel-An I, Bouzamondo A, Tordjman S, Baulac M, Lechat P, et al. Epilepsy in autism is associated with intellectual disability and gender: Evidence from a meta-analysis. Biol Psychiatry. 2008;64(7):577–82. http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.04.030
5. Hervás Zúñiga A. Un autismo, varios autismos. Variabilidad fenotípica en los trastornos del espectro autista. Rev Neurol. 2016;62(S01):9. http://dx.doi.org/10.33588/rn.62s01.2016068
6. Supekar K, Iyer T, Menon V. The influence of sex and age on prevalence rates of comorbid conditions in autism. Autism Res. 2017;10(5):778–89. http://dx.doi.org/10.1002/aur.1741
7. Martin J, Hadwin JA. The roles of sex and gender in child and adolescent mental health. JCPP Adv . 2022;2(1). http://dx.doi.org/10.1002/jcv2.12059
8. Lai M-C, Kassee C, Besney R, Bonato S, Hull L, Mandy W, et al. Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry. 2019;6(10):819–29. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31447415/

Necesidades de tratamiento a lo largo de la vida

Los trastornos del espectro del autismo presentan una elevada comorbilidad (1), lo que conlleva un mayor impacto negativo en su pronóstico y en la calidad de vida de sus familias (2). Esta presentación de comorbilidad, como la propia presentación del TEA cambia a lo largo de la vida. Es por ello que sus necesidades también variarán de forma paralela.
No existe un tratamiento farmacológico específico para tratar el TEA, pero si su comorbilidad y síntomas asociados. Es conocido que en población TEA, los diversos fármacos tienen una menor eficacia y mayor número de efectos adversos que en población neurotípica (3, 4). Siendo necesario un amplio conocimiento sobre qué fármacos usar, cuándo y necesidad de continuación.
Algunas estrategias para optimizar el tratamiento es la realización de estudios de farmacogenética, que nos ayuden a individualizar la intervención (5).

1. Fucà E, Guerrera S, Valeri G, Casula L, Novello RL, Menghini D, et al. Psychiatric comorbidities in children and adolescents with high-functioning autism spectrum disorder: A study on prevalence, distribution and clinical features in an Italian sample. J Clin Med. 2023 ;12(2):677. http://dx.doi.org/10.3390/jcm12020677
2. Losada-Puente L, Baña M, Asorey MJF. Family quality of life and autism spectrum disorder: Comparative diagnosis of needs and impact on family life. Res Dev Disabil. 2022;124(104211):104211. http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2022.104211
3. Brown J.T., Eum S., Cook E.H., Bishop J.R. Pharmacogenomics of autism spectrum disorder. Pharmacogenomics. 2017;18:403–414. https://doi.org/10.2217/pgs-2016-0167.
4. Zhou M.S., Nasir M., Farhat L.C., Kook M., Artukoglu B.B., Bloch M.H. Meta-analysis: Pharmacologic Treatment of Restricted and Repetitive Behaviors in Autism Spectrum Disorders. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 2020;60:35–45. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.03.007.
5. Arranz MJ, Salazar J, Bote V, Artigas-Baleri A, Serra-LLovich A, Triviño E, et al. Pharmacogenetic interventions improve the clinical outcome of treatment-resistant autistic spectrum disorder sufferers. Pharmaceutics. 2022;14(5):999. http://dx.doi.org/10.3390/pharmaceutics14050999

Soporte transversal a lo largo de la vida. ¿de qué recursos y equipos disponemos?

Existe una limitada red de recursos asistenciales específicos para tratar a la población con TEA, a pesar de que su prevalencia es cada vez mayor según los estudios publicados y el aumento en su diagnóstico (1).
El aumento de la concienciación social y la mayor formación de los profesionales en el campo del autismo, entre otros factores, ha llevado a presenciar un aumento en la demanda de recursos especializados en TEA.
Se conocen programas de atención a los problemas de conducta o que mejoran las habilidades sociales junto a otros basados en grupos de padres que aplicados en el entorno comunitario podría ser de gran ayuda para mejorar la calidad de ida de los pacientes y su pronóstico (2, 3).

Además, se debería reforzar la actuación en los ámbitos familiares y educativos con el fin de trabajar las dificultades del TEA en los diversos entornos, enriqueciendo así la eficacia de las diversas intervenciones.
En el Hospital Clínic existen una serie de programas ambulatorios que tienen como objetivo acompañar a los pacientes con TEA en etapas complejas que precisan de un trabajo multidisciplinar comunitario.

1. Underwood JFG, DelPozo-Banos M, Frizzati A, John A, Hall J. Evidence of increasing recorded diagnosis of autism spectrum disorders in Wales, UK: An e-cohort study. Autism . 2022;26(6):1499–508. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34841925/
2. Hyman, S.L., Levy, S.E., Myers, S.M., & AAP Council on Children with Disabilities, Section on developmental and behavioral pediatrics. (2020). Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. Pediatrics, 145(1), e20193447.
3. Fuentes J, Hervás A, Howlin P, (ESCAP ASD Working Party). ESCAP practice guidance for autism: a summary of evidence-based recommendations for diagnosis and treatment. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2021;30(6):961–84. http://dx.doi.org/10.1007/s00787-020-01587-4

S8 NUEVAS REALIDADES EN TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN Y DE LA INGESTA Y EN OBESIDAD: INTERVENCIONES INDIVIDUALIZADAS AJUSTADAS A LAS NECESIDADES DEL NIÑO O ADOLESCENTE

MODERA: Faya Barrios, Mar; Psquiatra de la infancia y adolescencia, H.U. Infantil Niño Jesús, Madrid.

PONENTE 1: Quiles Marcos, Yolanda[1]
PONENTE 2: Camarneiro Silva, Ricardo Antonio[2]
PONENTE 3: Beltrán Garrayo, Lucía[3]

[1] Profesora Titular Dep. de Ciencias del Comportamiento y Salud. Univ. Miguel Hernández (Murcia)
[2] Psquiatra, Coordinador de la Ud. de Hospitalización Psiquiátrica a Domicilio.H.U. Infantil Niño Jesús, Madrid
[3] Psicóloga clínica, H. Virgen del Mar. Doctora en Psicología Clínica y de la Salud Universidad Internacional de la Rioja (UNIR)

Aplicación de una adaptación del Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) en adolescentes con un trastorno alimentario: resultados de un ensayo controlado aleatorizado

El Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) presenta una serie de características que lo han convertido en un método de tratamiento efectivo no solo para adultas con anorexia nerviosa (AN), como han demostrado varios estudios, sino también, como lo muestra la literatura reciente, para adolescentes y adultos jóvenes emergentes con AN. El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia de una versión reducida del MANTRA junto con el tratamiento usual que reciben estas pacientes en las unidades especializadas en las que son tratadas, en pacientes adolescentes con diferentes diagnósticos de trastorno alimentario (TA). Para ellos se diseñó un estudio multicéntrico, aleatorizado, controlado, con dos grupos paralelos: grupo experimental (MANTRA + intervención usual) y grupo control (intervención usual). Se reclutaron 108 pacientes adolescentes con un TA de diferentes unidades especializadas de tratamiento para los TA, que fueron asignadas de forma aleatoria al grupo experimental o grupo control. Las variables resultados fueron la sintomatología alimentaria, el estado emocional, el ajuste psicosocial, la obsesividad y el perfeccionismo, que fueron evaluados pre y post intervención, así como a los 6 y 12 meses. Los resultados mostraron que en ambas condiciones se producían mejorías significativas en las variables resultados con el tiempo, con diferencias significativas entre los grupos a favor de la condición experimental (MANTRA+ intervención usual) respecto a la reducción de la sintomatología alimentaria. Estos resultados indican que el MANTRA junto al tratamiento usual parece ser una buena opción de tratamiento para adolescentes con un TA.

Programa de Hospitalización a domicilio dirigido a Trastorno de conducta alimentaria (TCA) en población infantojuvenil: descripción y resultados.
Los niños y adolescentes con TCA grave o muy grave suelen necesitar ingreso hospitalario. En la última década se evidencia un aumento de los ingresos asociados a TCA en esta población (Herpertz-Dahlmann, 2021), que acarrean una significativa carga personal, familiar y económica. Desarrollamos una alternativa más ecológica a la hospitalización tradicional para esta población: la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica a Domicilio (UHPaD), un tratamiento integral e interdisciplinar, con participación familiar activa. Ofrece ventajas inherentes como la reducción del tiempo en el hospital, facilitando la transición al entorno natural del paciente. Asimismo, constituye una oportunidad para individualizar el tratamiento en base a las preferencias de los pacientes, reforzando la motivación al tratamiento (Nicholls y Yi, 2012). En un estudio previo ha probado tener un índice de satisfacción entre los familiares muy alta (4,95/5, descrito como "muy seguro") y ser una modalidad de hospitalización asequible, factible, aceptable y segura en adolescentes con TCA graves y comorbilidades (Moron-Nozaleda et al, 2022). Describiremos el programa de Hospitalización a domicilio para TCA en niños y adolescentes y sus procedimientos, así como una descripción clínica y de resultados de los pacientes que ingresaron entre julio de 2022 y julio de 2023. Las variables analizadas fueron la edad, diagnóstico, comorbilidad al ingreso y alta, IMC y peso al ingreso, IMC y peso al alta, presencia de vómitos al ingreso y al alta, presencia de autolesiones al ingreso y al alta, número de ingresos previos y días de duración del ingreso. Los resultados indican que es una buena opción terapéutica y una alternativa a la Hospitalización, manteniendo objetivos similares de tratamiento y posibilitando la individualización del tratamiento y reduciendo la carga personal y familiar.

Obesidad infantil y sintomatología depresiva en la adolescencia: ¿efectos mediados por la estima corporal?
La obesidad en la infancia es un destacado factor de riesgo para el desarrollo de síntomas depresivos en la adolescencia, sin embargo, apenas se conocen los mecanismos mediadores de esta asociación (Rao et al., 2020). Este estudio es único al examinar una vía indirecta de este vínculo a través de la estima corporal de forma prospectiva desde la infancia (8-12 años) hasta la adolescencia (13-18 años). Además se examinó la posible moderación de género. Este estudio tiene un diseño observacional prospectivo de dos olas. La muestra forma parte de un estudio de casos y controles en el que se compararon 100 niños con y sin obesidad en función de importantes factores de confusión (edad, sexo y nivel socioeconómico). Nuestros hallazgos apoyan el papel mediador de la estima corporal en la relación entre la obesidad en la infancia y los síntomas depresivos en la adolescencia tras 5 años de seguimiento. Este efecto mediador no difirió entre chicos y chicas. Estos hallazgos confrontan el abordaje tradicional de la obesidad, dirigido a la bajada de peso, y, en línea con las recomendaciones internacionales para acabar con el estigma de peso y el malestar psicológico asociado (Rubino et al., 2020), sugiere que las estrategias preventivas deben centrarse en el fomento de la autoestima e imagen corporal.

S9 PERFILES COGNITIVOS EN MENORES CON TRASTORNOS MENTALES Y EN RIESGO DE DESARROLLARLOS. UNA APROXIMACIÓN TRANSDIAGNÓSTICA

MODERA: Moreno Ruiz, Carmen; Psiquiatra, Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. H.G.U. Gregorio Marañón, IiSGM, CIBERSAM, ISCIII,Universidad Complutense, Madrid.

PONENTE 1: Abregú Crespo, Renzo[1]
PONENTE 2: de la Serna Gómez, Elena[2]
PONENTE 3: Ayesa Arriola, Rosa[3]

[1] Psicólogo Sanitario e Investigador, Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. H.G.U. Gregorio Marañón, IiSGM,CIBERSAM, ISCIII.
[2] Psicóloga clínica. Consorcio Centro de Investigación Biomédica en Red. H. Clínic de Barcelona
[3] Psicóloga clínica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV) CIBERSAM-IDIVAL

Cognición en adolescentes con depresión y trastorno bipolar: asociación con personalidad y antecedentes de trauma
Los jóvenes con Trastornos Afectivos de inicio Temprano (TAiT) pueden presentar dificultades cognitivas. La exposición a victimización o el tipo de personalidad pueden favorecer un peor rendimiento cognitivo. Nuestro objetivo es analizar esta asociación debido a la ausencia de literatura previa en esta población. Reclutamos pacientes con TAiT en el IPSMarañón y controles sanos. Utilizamos escalas como CTQ, victimización y MACI para evaluar trauma y personalidad. La capacidad

cognitiva incluyó cociente intelectual, atención, solución de problemas, control inhibitorio y competencia emocional. Se realizaron comparaciones entre grupos y análisis de regresión. Jóvenes con TAiT reportaron mayor prevalencia de maltrato familiar y acoso escolar que controles sanos. Hubo diferencias significativas en capacidad intelectual, memoria de trabajo, velocidad de procesamiento y atención entre pacientes expuestos y no-expuestos a trauma. Se encontraron asociaciones significativas entre el rendimiento en tareas de competencia emocional y puntuaciones altas en las subescalas de personalidad introvertida, inhibida, pesimista, histriónica, conformista y oposicionista. Adolescentes con TAiT mostraron una alta prevalencia de victimización familiar-escolar y rasgos disfuncionales de personalidad, factores que se asociaron con un peor rendimiento cognitivo. Nuestros resultados destacan la importante necesidad de abordajes integrales que incluyan rehabilitación neuropsicológica para favorecer un adecuado funcionamiento académico/social/familiar en estos jóvenes.

Evolución de las funciones cognitivas en hijos de pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar tras cuatro años de seguimiento. Estudio comparativo con controles comunitarios

Estudios previos muestran que hijos de pacientes con esquizofrenia (H-ES) tienen mayores dificultades cognitivas y en más áreas que hijos de pacientes con Trastorno Bipolar (H-TB) y controles comunitarios. Pocos estudios han analizado la evolución de estas funciones a lo largo del tiempo. Nuestro objetivo es valorar esta evolución tras cuatro años de seguimiento. El proyecto BASYS incluyó una muestra de 238 niños/adolescentes al inicio y 182 en el seguimiento a 4 años. La evaluación incluyó inteligencia, memoria verbal/visual/de trabajo, velocidad de procesamiento, atención y funciones ejecutivas. Los análisis se realizaron utilizando modelos mixtos lineales con SPSS-27. Los H-ES obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas que los otros dos grupos (H-BP y CC) en medidas de capacidad intelectual, memoria, aprendizaje demorado. No se encontraron diferencias significativas en el seguimiento, lo que refleja un patrón estable en los tres grupos. No se observó interacción tiempo*grupo. Las dificultades cognitivas de los H-ES se mantuvieron estables a lo largo del tiempo. Los H-BP mostraron un patrón intermedio de dificultades, pero sólo a nivel de velocidad de procesamiento y aprendizaje verbal. No se observan cambios significativos en ninguna función cognitiva a lo largo del tiempo a excepción de la memoria visual que mejora en los tres grupos.

Edad de inicio, sexo y neurocognición en los trastornos psicóticos no afectivos

Los trastornos psicóticos no afectivos se manifiestan en la adolescencia o al comienzo de la edad adulta. La edad de inicio puede empezar entre los 15 y 30 años. El curso clínico de estos trastornos puede variar de unas personas a otras, por ejemplo, dependiendo del sexo, la edad de inicio y de síntomas específicos. En general, las mujeres debutan a una edad más tardía y presentan un segundo pico de riesgo en torno a la menopausia; también presentan una sintomatología (síntomas positivos y negativos) menos grave y que responde mejor a dosis más bajas de antipsicóticos. Respecto a la neurocognición, estos trastornos suelen estar asociados con déficits en diversos dominios cognitivos como memoria, atención, función ejecutiva y velocidad de procesamiento. Sin embargo, la extensión y gravedad de estos déficits puede variar entre individuos, en función de la edad de inicio, sexo, situación premórbida y curso de la enfermedad. La investigación en este campo está en constante desarrollo, y la comprensión de las causas de los trastornos psicóticos no afectivos, así como su pronóstico en relación con múltiples variables mediadoras, puede mejorar la forma en la que prevenimos y tratamos a las personas afectadas y a sus familias.

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL
Volumen 41, Suplemento 1, (2024).

T1 ASPECTOS MÉDICO-LEGALES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE LA PSIQUIATRÍA INFANTOJUVENIL

Cabre Trias, Oriol[1]

MODERA: Cabre Trias, Oriol[1]

PONENTE 1: Cabre Trias, Oriol[1]
PONENTE 2: Cabre Trias, Oriol[1]

[1] Psiquiatra, H. Universitari Mutua de Terrassa, Barcelona. Máster en Psiquiatría Forense

Objetivos de aprendizaje del taller

1.- Actualización de los conceptos de patria potestad y de custodia, especialmente en casos de custodia compartida y judicialización de la separación de progenitores. La autoridad legal para toma de decisiones clínicas. 2.- Edades clave en toma de decisiones clínicas (12, 16 y 18 años), así como confidencialidad en situaciones de riesgo y sus excepciones. 3.- Ampliación del concepto del "menor maduro": características clínicas para considerar a un menor apto para cuidar a adultos o participar activamente en la toma de decisiones clínicas.

Patria potestad vs custodia compartida

Resumen
En base a un caso clínico real se expondrán situaciones en que los equipos asistenciales se encuentran sujetos a la tasitud de toma de decisiones clínicas sin el consentimiento explícito de aquellas figuras legales que ostentan patria potestad (padres biológicos, parejas de los padres, parejas de hecho o parejas sin más de los menores, tutores, curadores…) o existiendo conflicto entre las figuras con tal autoridad. Asimismo, se diferenciarán las situaciones en que la decisión puede ser tomada por aquella figura que tiene la custodia del menor, y aquellas en que la ley obliga que tal decisión sea tomada por toda figura de patria potestad y además llegando al máximo consenso siempre que sea posible. Se debatirá cual es la mejor praxis en caso de divergencia o conflicto entre progenitores, rol de la fiscalía de menores o del juzgado competente. Se repasarán los conceptos de autonomía *versus* beneficencia, de estado de necesidad y de lex artis (*ad hoc*).

El menor maduro, capacidad de consentimiento

Resumen
En base a un caso clínico real, se expondrá el concepto legal de "menor maduro". Este concepto puede usarse tanto para menores que se ocupan del cuidado de un mayor incapaz (curadores), como en los preceptos de edades de "corte" para toma de decisiones clínicas (12, 16 y 18 años) con carácter *iuris tantum*. Se definirá tal concepto en su contexto legal y su analogía clínica, emanación de los límites legales y jurisprudenciales, valoración de la capacidad de decisión, situaciones que supongan un "grave riesgo" para la salud y excepciones acordes a ley.

T2

AUMENTO DE COMPLEJIDAD EN SALUD MENTAL EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL Y EN LA TRANSICIÓN A LA VIDA ADULTA. REFLEXIONES Y MIRADAS DESDE DIFERENTES PROGRAMAS ASISTENCIALES

Casanovas Espinar, Marta; Equipo Guía, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.

MODERA: Romero González, Marina; Coordinadora Unidad de Salud Mental Infantil Hospital Vithas Málaga Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia Hospital Materno Infantil de Málaga

PONENTE 1: Pardo Gallego, Marta[1]; Cantón Rivallo, Eva M[2]
PONENTE 2: Barajas Vélez, Ana[3]
PONENTES 3: Casanovas Espinar, Marta[4]; Ros Pereda, Anais[5]

[1] Psiquiatra del niño y del adolescente. Coordinadora del Programa Alternativas a la Hospitalización. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona
[2] Enfermera. Programa de Alternativas a la Hospitalización. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona
[3] Psicóloga, investigadora. Profesora Agregada Programa de Excelencia Internacional Serra Hunter. Comisión Pedagógica y de Seguimiento
[4] Psiquiatra de la infancia y adolescencia. Equipo Guía, H. Sant Joan de Déu, Barcelona
[5] Educadora Social. Equipo Guía, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona

Objetivos de aprendizaje del taller

1) Reflexionar en torno a los conceptos: aumento de complejidad en población infanto-juvenil, aumento de vulnerabilidad en el momento de transición a la vida adulta, barreras en la transición a la vida adulta, necesidad de un abordaje interdisciplinar a nivel micro y macro, necesidades en pacientes con complejidad trans-diagnóstica y otros enfoques e intervenciones clínicas más acordes con las necesidades actuales.
2) Revisar bibliografía que complemente las reflexiones mencionadas.
3) Presentación de tres programas asistenciales que ilustren diferentes maneras de intervenir.

Situaciones de crisis en pacientes complejos. Modelo de alternativa a la hospitalización

Resumen
Se abordará el reto del abordaje de las situaciones de crisis en adolescentes complejos. Las situaciones de crisis en salud mental de niños y adolescentes, representan en muchos casos la punta del iceberg de la interacción de factores contextuales añadidos de complejidad (social, familiar y del propio sistema). Las hospitalizaciones pueden contener y estabilizar una crisis, pero su capacidad de modificar los factores contextuales es limitada, que son mantenedores y precipitadores de nuevas crisis. Así pues, se plantea la necesidad de revisar y ajustar el modelo asistencial para poder dar una respuesta a las necesidades clínicas de forma integrada al abordaje de los factores contextuales asociados. Se presenta un programa de atención intensiva y en entorno natural con el objetivo de evitar y/o reducir la hospitalización. Se presentarán los resultados de la intervención en diferentes dimensiones de calidad; efectividad de la intervención con una reducción de la sintomatología general y de forma específica de la conducta suicida y autolesiones. La mejora de la funcionalidad, tanto escolar como social y familiar. La seguridad de la intervención en entorno natural, la atención centrada en la persona y la mejora i reducción en el uso de servicios de urgencias y hospitalizaciones.

Programa de Atención Específica a personas con Trastorno Psicótico Incipiente (PAE-TPI): indicadores de resultados, barreras y facilitadores en su implementación.

Resumen
Los trastornos psicóticos tienen un gran impacto en las personas afectadas y en sus familias, y representan el 1.1% del gasto nacional en salud. La complejidad de estos pacientes, la frecuente comorbilidad, sus altas demandas de cuidados y recursos sanitarios, familiares y sociales, suponen un reto adicional al que los programas de intervención precoz en psicosis se han enfrentado. Dichos programas han supuesto un modelo de atención comunitaria, integral, intensiva y centrada en las necesidades de las personas con psicosis, con equipos multidisciplinares y coordinación con servicios sociales, de salud, educación y otros, para de

ese modo ser capaz de responder a sus necesidades. Asimismo, se fomenta la atención domiciliaria, así como uno de los objetivos ha sido garantizar especialmente la atención durante la transición a la vida adulta cuando el inicio se da en la adolescencia. En Cataluña, desde el 2007, se viene desarrollando el Programa de Atención Específica a las personas con Trastorno Psicótico Incipiente (PAE-TPI), que actualmente se encuentra desplegado en toda Cataluña. Se describirán las principales características del programa, las barreras y facilitadores en su implementación, y se mostrarán resultados de los indicadores de accesibilidad, adecuación, continuidad, efectividad y seguridad obtenidos en el año 2022.

Complejidad en salud mental y transición a la edad adulta. Modelo de intervención desde el Equipo Guía

Resumen
Introducción: La complejidad en salud mental implica la concurrencia de varios trastornos, comorbilidades con adicciones, circunstancias sociales adversas y/o comorbilidades orgánicas. Para dar respuesta, se requieren propuestas innovadoras. **Método:** Se explicará el modelo de los Equipos Guía. Población diana: 12-25 años, con trastornos de salud mental y/o adicciones, largo recorrido en la red de salud mental y evolución tórpida, circunstancias sociales adversas y/o problemas de justicia. Se explicará el modelo de intervención y se expondrán resultados preliminares desde inicio del programa. **Resultados:** Análisis descriptivo: N=44, El 58.5%: 12-17 años, 41.5%: 18-25 años; 53% en la franja entre 17-19 años. En cuanto a diagnósticos: Trastornos del neurodesarrollo (52%), Trastornos de Conducta (32%), Trastornos ansioso-depresivos ((39%), Trastorno de Estrés Postraumático (18%), Trastornos de personalidad (23%), Trastornos psicóticos (9%), Abuso de sustancias (25%). el 83% de los pacientes incluidos en el programa presentan disfunción familiar, el 79% de los pacientes ha requerido en algún momento la intervención de recursos sociales o red de justicia, el 82% de los casos presentan antecedentes de salud mental en familiares de primer grado, el 62 % se encuentra en situación de aislamiento desvinculado de grupo de iguales y el 82% está absentista de recursos educativos o del trabajo. (En muchos de los casos, se solapan estos factores, por ejemplo, un paciente puede haber requerido intervención de red de justicia, presentar antecedentes de salud mental en progenitores y estar absentista de la escuela). Se reportarán los resultados de escalas Honos, HonosCA, GAF, C-GAS pre y post intervención. **Conclusiones:** La intervención en el entorno natural del paciente, la flexibilidad, la atención interdisciplinar, a nivel micro y macro, y la búsqueda de fórmulas que promuevan un mayor acompañamiento en la transición a la edad adulta son aspectos de crucial importancia.

T3 BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN AL AUTISMO A TRAVÉS DE LA VIDA

Sipos Gálvez, Lourdes; HGU Gregorio Marañón, Madrid

MODERA: Sipos Gálvez, Lourdes; Psiquiatra. Coordinadora médica AMITEA Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental HGU Gregorio Marañón, Madrid

PONENTE 1: Villalta Macià, Laia[1]
PONENTE 2: Blázquez Hinojosa, Ana[2]
PONENTE 3: Fraguas Herráez, David[3]

[1] Psiquiatra infantil y de la adolescencia Unidad 0-5. Jefa de Docencia del Área de Salud Mental, Serv. de Psiquiatría infantil H.1 Sant Joan de Déu, Barcelona. Institut de Recerca Sant Joan de Déu
[2] Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia. Ud. de Referencia de TEA (URTEA). Coordinadora Ud.Funcional de TEA Eixample. Hospital Clinic, Barcelona.
[3] Psiquiatra. Jefe de Sección de Psiquiatría, Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, H. Clínico San Carlos. HGU. Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos de aprendizaje del taller

-Describir las necesidades de atención en los pacientes con Trastorno del Espectro Autista (TEA), en las distintas etapas vitales
-Definir algunas de las dificultades habituales en la atención y en la continuidad de cuidados a pacientes con TEA
-Conocer intervenciones eficaces en la atención a pacientes con TEA

Intervención precoz en TEA a través de un programa basado en la parentalidad

Resumen
Los déficits en lenguaje y comunicación constituyen las mayores limitaciones en el desarrollo de los niños con TEA y los padres de niños con problemas en el neurodesarrollo refieren niveles particularmente elevados de estrés, ansiedad y depresión. Las terapias grupales basadas en la parentalidad han demostrado eficacia en mejorar tanto el desarrollo de los niños como los niveles parentales de estrés.
El programa Incredible Years Autism Spectrum and Language Delays (IY-ASLD®) se ha desarrollado específicamente para padres de niños de 2 a 5 años con TEA o retrasos en el lenguaje, reforzando la interacción entre padres e hijos y mejorando las habilidades de crianza para prevenir o reducir los problemas de conducta en los niños y desarrollar diferentes habilidades. A través del juego dirigido, se fomenta la comunicación y el compromiso social y se establecen límites mediante la disciplina positiva.
Esta ponencia muestra cómo este tipo de intervenciones, estructuradas y basadas en la evidencia científica, pueden implementarse dentro del servicio público de salud mental infantil español.

Intervención intensiva en Hospital de Día para adolescentes con TEA

Resumen
Los trastornos mentales graves que se inician en edades tempranas afectan el proceso de desarrollo del niño, limitando su evolución. El Hospital de Día es un recurso de hospitalización parcial, ambulatorio que proporciona una atención integral e intensiva en pacientes con trastorno mental grave. a través del conjunto de actividades grupales e individuales que forman parte del proceso de Hospital de Día.
Sin embargo, en el caso de los trastornos del espectro autista, el núcleo de las dificultades está en la interacción y la comunicación, lo que dificulta la integración de estos pacientes en las actividades habituales de un Hospital de Día y requiere una adaptación y flexibilización de las intervenciones.
Esta ponencia describe la intervención en un HD especializado en alta complejidad en autismo en adolescentes.

La atención a los Trastornos del espectro autista en la edad adulta

Resumen
La atención a los pacientes TEA en la red de Salud Mental supone un reto que se hace aún mayor en la edad adulta. Pese a que el autismo es, por definición, un trastorno del neurodesarrollo, es cada vez más frecuente que la sospecha aparezca en la edad adulta, planteando dificultades tanto en el diagnóstico como en el tratamiento.
Las intervenciones estándar están orientadas a los síntomas que suelen presentar las personas con autismo pero apenas existen enfoques psicoterapéuticos que cuenten con protocolos eficaces diseñados específicamente para el autismo en adultos.
En esta ponencia se presenta la experiencia de una intervención grupal en adultos con diagnóstico de TEA en un dispositivo de la red pública de salud mental.

T4

INVESTIGACIÓN EN PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

Martínez Díaz-Caneja, Covadonga; Servicio de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. IiSGM. CIBERSAM. Universidad Complutense, Madrid

MODERA: Martínez Díaz-Caneja, Covadonga

PONENTE 1: Martínez Díaz-Caneja, Covadonga[1]
PONENTE 2: Pina-Camacho, Laura[2]

[1] Psiquiatra. Coordinadora del grupo de investigación del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del H.G.U. Universitario Gregorio Marañón, IiSGM, Madrid. Profesora Asociada de la U. Complutense de Madrid
[2] Psiquiatra. Serv. De Psiquiatría infanto-juvenil H.U.Gregorio Marañón, Madrid. CIBERSAM

Objetivos de aprendizaje del taller

- Adquisición de conocimientos sobre el procedimiento científico en psiquiatría de la infancia y la adolescencia
- Adquisición de habilidades para el desarrollo y solicitud de proyectos en psiquiatría de la infancia y de la adolescencia
- Revisión de recomendaciones prácticas y ejemplos para el desarrollo de proyectos de investigación desde el marco clínico-asistencial

¿Qué necesitamos saber? Recomendaciones para investigar en psiquiatría de la infancia y la adolescencia

Resumen
La investigación es inherente de la actividad médica y constituye un aspecto clave para modificar el pronóstico de nuestros pacientes. La investigación científica en el ámbito de la salud mental infanto-juvenil continúa siendo insuficiente. Resulta esencial mejorar la formación en investigación de residentes y profesionales de la salud mental de la infancia y la adolescencia para facilitar su participación y liderazgo en proyectos de investigación clínicos y traslacionales de calidad.
La ponencia revisará los aspectos clave para establecer una adecuada pregunta y diseño de investigación y los requisitos metodológicos, éticos y legales para desarrollar proyectos de investigación clínica con población infanto-juvenil. Además, ofrecerá recomendaciones para la redacción de propuestas de investigación y su presentación a convocatorias de financiación competitivas, con un formato dinámico y ejemplos prácticos.

Financiamiento
Covadonga M. Díaz-Caneja ha recibido financiación del Instituto de Salud Carlos III (PI20/00721, PI23/00625, JR19/00024) y la Comisión Europea (101057182, proyecto Youth-GEMs).

¿Cómo podemos investigar desde el ámbito asistencial? El ejemplo del estudio PremTEA

Resumen
La integración de la actividad científica en la práctica asistencial constituye un reto y una oportunidad en psiquiatría de la infancia y la adolescencia. La ponencia ilustrará los aspectos teóricos presentados en la ponencia anterior a través de un ejemplo práctico en primera persona, con la presentación de una línea de investigación en prematuros extremos liderada por la ponente y desarrollada en colaboración multidisciplinar con el servicio de neonatología y neuropediatría del mismo hospital.
Durante la ponencia se revisarán de forma práctica las diferentes fases de desarrollo del proyecto, desde el planteamiento de la pregunta de investigación y su integración con la actividad asistencial habitual, hasta el diseño y el desarrollo del proyecto y la búsqueda de financiación. Se presentarán los principales retos a los que se enfrentan este tipo de proyectos en nuestro ámbito y recomendaciones para darles respuesta, con el objetivo último de promover que los participantes en el taller puedan iniciar propuestas de investigación de calidad científica en sus ámbitos de trabajo de forma eficiente.

Financiamiento
Laura Pina-Camacho ha recibido financiación del Instituto de Salud Carlos III (PI17/01997, PI20/01342, PI23/00368), Fundación Alicia Koplowitz y Fundación Familia Alonso.

T5

LA FUNCIÓN DEL TUTOR PRINCIPAL DE RESIDENTES EN LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA, ESPECÍFICAMENTE PARA LA FORMACIÓN DE MIR PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA

Fernandez Rivas, Aranzazu; Hospital Universitario Basurto (Bilbao)

MODERA: Fernandez Rivas, Aranzazu

PONENTE 1: Fernandez Rivas, Aranzazu[1]
PONENTE 2: Sesma Pardo, Eva[2]

[1] Hospital Universitario Basurto (Bilbao)
[2] Psiquiatra infantil y de la adolescencia. H.U de Basurto, Bilbao. CIBERSAM. Prof. Asociada Universidad País Vasco.

Objetivos de aprendizaje del taller

Aportar formación general sobre las labores de tutoría MIR a residentes de Psiquiatría infantil y de la adolescencia (PIYA) y específicamente formar a los Psiquiatras de Infancia y Adolescencia que sean tutores o estén interesados en la labor de tutoría en cuanto a las labores de formación, supervisión y evaluación de los MIRes de PIIYA. Formar en los requisitos legales que el Ministerio de Sanidad establece como responsabilidades del tutor en la Formación Sanitaria Especializada

Formación Sanitaria Especializada: retos para la organización de una Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental

Resumen
El Hospital Universitario Basurto (HUB) es el primer centro hospitalario de España en comenzar en 1921 a formar residentes dentro de una formación reglada.
El Servicio de Psiquiatría del HUB está acreditado como Unidad Docente Multiprofesional (UDM) de Salud Mental, teniendo acreditados residentes de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia (PIYA, desde el inicio de esta especialidad), Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería de Salud Mental.
Con el desarrollo de la especialidad de PIYA se ha debido acreditar a UDMs de Salud Mental para la formación de residentes, además de requerir de la adaptación del programa formativo a cada centro hospitalario. Ello ha conllevado un gran trabajo para los tutores y tutoras de las UDMs, muchos de los cuales son noveles en las labores de la Formación Sanitaria Especializada (FSE).
La normativa existente exige de una gran dedicación para la formación, supervisión y evaluación de los residentes. Ello conlleva una especialización en la tarea por parte del tutor y una directa coordinación con el Jefe de la UDM y el Jefe de Estudios del centro acreditado.
En esta presentación detallaremos la organización de FSE en el HUB y específicamente en la UDM Salud Mental.

El tutor principal en la Formación Sanitaria Especializada: exigencia y satisfacciones

Resumen
La labor del tutor principal de residentes es exigente y a la vez aporta grandes satisfacciones. Su labor precisa de la cercanía al residente, además de la meticulosidad de cumplir con los requisitos legales que se exige en la FSE.
En esta presentación se abordarán los aspectos relacionados con:

- Requisitos de acreditación de las UDM de salud mental para la formación de PIYA (Orden PCM/205/2023, de 2 de marzo)
- Cómo elaborar la Guía o Itinerario Tipo (GIFT) de la especialidad, organización de las rotaciones de los residentes (obligatorias por programa y de libre elección) y la formación teórica del programa,
Se abordará con especial detalle el trabajo del tutor en la FSE:

- Funciones: diseño de la formación, supervisión y evaluación del residente.
- La responsabilidad de la evaluación del residente: requisitos, consejos.
- Orientaciones en metodología docente para tutores
- Requisitos de acreditación y reacreditación de tutores

Otra documentación de consulta:
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias
- Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero (FSE)
- Resolución de 21 de marzo 2018 (corrección errores 3 julio), de Dirección General de Ordenación Profesional, (directrices básicas de las evaluaciones de los especialistas en formación)

T6

LOS PROBLEMAS DE LA VIDA EN LA CONSULTA DE PSIQUIATRÍA INFANTIL. ¿QUÉ HACEMOS?

Puntí Vidal, Joaquim; Hospital Parc Taulí de Sabadell (Barcelona)

MODERA: Gracia Liso, Rebeca

PONENTE 1: Puntí Vidal, Joaquim[1]
PONENTE 2: Gracia Liso, Rebeca[2]
PONENTE 3: Esteve Cerdà, Marina[3]

[1] Hospital Parc Taulí de Sabadell (Barcelona)
[2] Psiquiatra infantil y de la adolescencia. Coordinadora de la Ud. de Hospitalización de Agudos de Psiquiatría Infantil.H. Parc Taulí de Sabadell, Barcelona
[3] Psiquiatra infantil y de la adolescencia. Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil H.l Parc Taulí de Sabadell, Barcelona

Objetivos de aprendizaje del taller

1. Dotar a los asistentes de herramientas que permitan el retorno a la comunidad del paciente y retomar la funcionalidad esperada para su edad, evitando la iatrogenia de la hospitalización prolongada.
2. Dotar a los asistentes de herramientas para hacer frente a la conducta suicida, en el marco de la valoración coste-beneficio de las intervenciones clínicas.
3. Fomentar la reflexión crítica respecto a cuál es el recurso e intervención más adecuada ante problemas no clínicos.
4. Entender y reflexionar sobre el por qué de la casuística actual de los problemas derivados a salud mental, desde una perspectiva de construcción social de la adolescencia en la sociedad actual.

"Morirse a ratos" ¿qué hacemos con el "me quiero morir" frente a los problemas cotidianos?

Resumen
La conducta suicida en adolescentes, en especial las tentativas autolíticas en chicas, sufrieron un importante incremento en los meses posteriores a la pandemia, como se recoge en los datos oficiales del registro Código Riesgo Suicidio de la Generalitat de Catalunya.
En aproximadamente 1/3 de estos pacientes se observó trastornos psicopatológicos de nueva aparición o reagudizaciones de los previos, pero en el resto de pacientes la conducta suicida se enmarcaba en reacciones desadaptativas en el contexto de malestar emocional inespecífico, problemas con iguales, dificultades escolares, problemas socio-familiares y dificultades de pareja, entre otros.
En el taller se presentará de manera práctica cómo intervenir eficientemente con las adolescentes que realizan tentativas autolíticas sin psicopatología asociada, desde un modelo cognitivo-conductual alternativa a la hospitalización, desde un enfoque comunitario, priorizando la funcionalidad y actuando sobre los focos sociales y educativos identificados y a su vez se señalaran aquellas intervenciones psicológicas que se consideran iatrogénicas.

La normativa existente exige de una gran dedicación para la formación, supervisión y evaluación de los residentes. Ello conlleva una especialización en la tarea por parte del tutor y una directa coordinación con el Jefe de la UDM y el Jefe de Estudios del centro acreditado.
En esta presentación detallaremos la organización de FSE en el HUB y específicamente en la UDM Salud Mental.

"A grandes malestares, grandes remedios": el riesgo de iatrogenia en una planta de psiquiatría infanto-juvenil

Resumen
En los últimos años, hemos presenciado un aumento en la demanda de servicios de salud mental infanto-juvenil tanto a nivel ambulatorio como en recursos más intensivos, como hospitales de día y unidades de hospitalización psiquiátrica infantojuvenil. A pesar de la expectativa de un incremento en trastornos mentales de mayor gravedad, en la unidad de hospitalización psiquiátrica del Parc Taulí hemos identificado un cambio en el perfil psiquiátrico de los pacientes ingresados en los últimos cinco años.
Los años 2019 a 2021, los motivos de ingreso principales fueron los trastornos de la conducta alimentaria y trastornos del espectro autista con comorbilidad aguda. Sin embargo, en los últimos dos años, ha predominado la presencia de trastornos adaptativos o reacciones desadaptativas secundarias a problemáticas relacionales o académicas.
El propósito de este taller radica, en primer lugar, en fomentar la reflexión y el debate sobre si los recursos hospitalarios intensivos son la opción más apropiada para abordar estas problemáticas, teniendo en cuenta el momento evolutivo de nuestros pacientes
La metodología se llevará a cabo mediante el análisis de casos prácticos, incentivando la participación activa de los asistentes. Finalmente, se expondrá un resumen final del taller con las conclusiones extraídas del mismo.

Infancia, internet y cultura del malestar.

Resumen
Que el *mental health awarness* es el zeitgeist actual parece un fenómeno indiscutible. Por la magnitud de esta cuestión, requiere de un análisis holístico no solo desde un enfoque clínico si no también sociológico, antropológico y filosófico, entre otras disciplinas. Siendo Internet el principal catalizador y altavoz cultural de nuestro tiempo, parece necesario discutir acerca de su impacto en la salud mental de nuestros jóvenes y adolescentes.
Se analizarán fenómenos como la *Sad Girl Culture,* la *Therapy Culture* y otros productos culturales *main stream*, que se considera que podrían contribuir a la banalización, «romantización» y mercantilización del malestar emocional.
Se discutirá acerca del impacto social de la «enfermedad mental» como un posible producto de consumo entre los adolescentes y el papel de los *mass media* en la reproducción de este fenómeno.

P1

SUSTRATO BIOLÓGICO DE LAS FUNCIONES COGNITIVAS EN POBLACIÓN ADOLESCENTE CON PSICOSIS DE INICIO TEMPRANO: NIVELES DE N-ACETIL ASPARTATO DURANTE LOS PRIMEROS 5 AÑOS DE ENFERMEDAD

AUTORES: Taulero-Escalera, Belén[1]; Suo, Chao[2]; Janssen, Joost[1]; Castro-Fornieles, Josefina[3]; Parellada, Mara[1]; Desco, Manuel[2]; Meyer-Linderberg, Andreas[4]; Yucel , Murat[2]; Arango, Celso[1]; Rapado-Castro, Marta[1]

[1] Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Iisgm, Ciber, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid (España)
[2] Escuela de Ciencias Psicológicas, Monash Clinical - Imaging Neuroscience (Mcin) Laboratory, Monash University, Victoria (Australia)
[3] Departamento de Psiquiatría y Psicología Infantil, Instituto De Neurociencias, Hospital Clinic de Barcelona, Idibaps, Cibersam, Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona, Barcelona (España)
[4] Departamento de Psiquiatría y Psicoterapia, Cimh Facultad de Medicina Mannheim, Universidad de Heidelberg (Alemania)

Introducción

Los sujetos con Psicosis de Inicio Temprano (PIT) presentan alteraciones en el desarrollo cognitivo temprano respecto a controles sanos (1,2). Las funciones cognitivas más alteradas están relacionadas con la corteza prefrontal dorsolateral (DLPFC) e incluyen las funciones ejecutivas, la atención global y la memoria de trabajo (2). Algunos estudios apuntan a alteraciones bioquímicas como causas subyacentes de la disfunción cognitiva, siendo el N-acetil-aspartato (NAA) uno de los marcadores alterados en la región DLPFC de PIT (3).
El objetivo es analizar la relación entre niveles de NAA y funciones cognitivas durante los primeros 5 años de enfermedad en adolescentes con PIT, en comparación con controles.

Metodología

Se incluyeron 65 sujetos PIT y 67 controles (15,59 ± 1,82 años). El estudio cognitivo se realizó mediante evaluación neuropsicológica de atención global, memoria de trabajo y funcionamiento ejecutivo. Los niveles de NAA in vivo se obtuvieron mediante espectroscopia de resonancia magnética con un único vóxel. Los datos se obtuvieron a tiempo basal, 2 y 5años. Análisis estadístico: modelos mixtos y estudio de correlación de Pearson.

Resultados

Al introducir NAA como covariable, la diferencia entre sujetos PIT y controles alcanzó significación en cognición global (diferencia: 0,458, p=0,007) y atención (diferencia: 0,722, p=0,002) a los 5 años de seguimiento. En controles, aumentó significativamente el índice de cognición al considerar NAA, (basal-5 años: diferencia: 0,406, p<0,01; 2-5 años: diferencia: 0,327, p=0,002). Lo mismo ocurrió con memoria de trabajo (basal-5 años: diferencia: 0,437, p=0,010). En sujetos PIT, se asoció la variación de las funciones ejecutivas basal-5años con la variación de NAA (coeficiente: 0,24, p=0,05).

Conclusiones

La disminución de los niveles de NAA en DLPFC en PIT está relacionada con un déficit en el desarrollo cognitivo. Este metabolito sería un marcador específico de déficit de neurodesarrollo o alteración celular que contribuye al deterioro cognitivo.

Referencias

1. Bombin I, Mayoral M, Castro-Fornieles J, Gonzalez-Pinto A, de la Serna E, Rapado-Castro M, et al. Neuropsychological evidence for abnormal neurodevelopment associated with early-onset psychoses. Psychol Med. 2013;43(4):757-68. https://doi.org/10.1017/S0033291712001535
2. Huang ML, Khoh TT, Lu SJ, Pan F, Chen JK, Hu JB, et al. Relationships between dorsolateral prefrontal cortex metabolic change and cognitive impairment in first-episode neuroleptic-naive schizophrenia patients. Medicine (Baltimore). 2017;96(25):e7228. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000007228
3. Zabala A, Sanchez-Gonzalez J, Parellada M, Moreno DM, Reig S, Burdalo MT, et al. Findings of proton magnetic resonance spectometry in the dorsolateral prefrontal cortex in adolescents with first episodes of psychosis. Psychiatry Res. 2007;156(1):33-42. https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2006.12.016

P2

EVALUACIÓN DE LA COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN FUNCIÓN DEL GÉNERO

AUTORES: Alvarez Pedrero, Aida[1]; Santamaria, Nuria[1]; Ade, Victor[1]; Bote, Valentin[1]; Medina, Raquel[1]; Sanchez, Bernardo[1]; Hervas, Amaia[1]

[1] Hospital Universitario Mutua Terrassa

Introducción

El 70% de personas con un trastorno del espectro autista (TEA) tiene un trastorno psiquiátrico comórbido a lo largo de su vida y el 60% dos o más comorbilidades. Las mujeres presentan mayor comorbilidad con trastornos de base biológica, mientras que los varones tienen mayor prevalencia de trastornos conductuales, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y psicosis (1,2).
El objetivo del presente trabajo es investigar sobre la comorbilidad real del TEA en la adolescencia y la transición a la vida adulta, en función del género y edad

Metodología

Se realizó una revisión narrativa y revisión retrospectiva de los pacientes atendidos durante los 3 últimos años (2021, 2022 y 2023) en la Unidad de Día Terapéutica de TEA (UDTEA) del Hospital Universitario Mutua de Terrassa.

Resultados

Durante el año 2021, 2022 y 2023 se atendieron un total de 255 pacientes (92 mujeres, edad media de 11,51 años, estancia media: 40 días. Las principales comorbilidades que se encontraron fueron: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (125), discapacidad intelectual (DI) (95) y ansiedad (42).
Ambos géneros tienen mayor comorbilidad con TDAH y DI y menor con Trastorno de Tourette. Los varones presentar mayor comorbilidad con agresividad y trastornos del lenguaje y las mujeres con desregulación y depresión.
En la primera infancia las comorbilidades más frecuentes son la discapacidad intelectual y el trastorno alimentario. En la infancia los principales son el TDAH y la DI. En la adolescencia temprana son TDAH, DI y ansiedad. En la adolescencia: TDAH, DI, depresión y ansiedad, siendo el diagnóstico comórbido más frecuente en varones la DI y en mujeres la depresión.

Conclusiones

Las mujeres con TEA parecen tener mayor comorbilidad con trastornos afectivos e ideas de suicidio que los varones. La comorbilidad en el TEA guarda relación con la edad. El género también influye en la comorbilidad del TEA en función de la edad.

Referencias

1. Lever AG, Geurts HM. Psychiatric Co-occurring Symptoms and Disorders in Young, Middle-Aged, and Older Adults with Autism Spectrum Disorder. J Autism Dev Disord. 2016 Jun;46(6):1916-1930. https://doi.org/10.1007/s10803-016-2722-8.
2. Lai MC, Kassee C, Besney R, Bonato S, Hull L, Mandy W, et al. Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry. 2019;6(10):819-29. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30289-5.

P3

IMPACTO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR Y LOS SÍNTOMAS NEGATIVOS ATENUADOS EN LA TRANSICIÓN A LA PSICOSIS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN RIESGO DE PSICOSIS: EL ESTUDIO CAPRIS

AUTORES: Rodríguez Pascual, Marta[1]; Álvarez Subiela, Xavier[1]; Muñoz Samons, Daniel[1]; Sintes Estevez, Anna[1]; De la Serna, Elena[2]; Sugranyes, Gisela[2]; Baeza Pertegaz, Immaculada[2]; Dolz Abadia, Montserrat[1]

[1] Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona
[2] Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona

Introducción

Los síntomas negativos se correlacionan con los síntomas depresivos en sujetos con síndrome de riesgo para psicosis (PRS). La presencia de un trastorno depresivo y los síntomas negativos ejercen un impacto en la funcionalidad y gravedad de los pacientes con PRS (1).

En este estudio analizamos cómo afecta la presencia de un trastorno depresivo mayor (MDD) y los síntomas negativos en una muestra de niños y adolescentes con PRS a la transición a la psicosis y la relación entre estas dos esferas de síntomas.

Metodología

Se trata de un estudio longitudinal naturalístico multicéntrico con sujetos de 10 a 17 años que cumplen criterios para PRS.

Los instrumentos usados han sido la Kiddie-Schedule for Affective Disorders & Schizophrenia (K-SADS), la entrevista semiestructurada para síndromes prodrómicos (SIPS), las escalas de funcionamiento global (GAF), GF social y de rol y la escala Hamilton para la depresión (HDRS).

La muestra de sujetos de PRS se dividió en pacientes que presentaban trastorno depresivo mayor (PRS-MDD) y aquellos que no (PRS-ND). Subdividimos dichos grupos según la transición (PRS-MDD-P o PRS-ND-P) o no a psicosis (PRS-MDD-NoP o PRS-ND-NoP).

Resultados

No hubo diferencias en la transición a psicosis entre PRS-MDD y PRS-ND. El grupo PRS-MDD presentó mayores tasas de síntomas negativos atenuados (SNA). Este grupo mostró una puntuación más alta en HDRS y puntuaciones más bajas en GAF, GF social y de rol. El grupo PRS-MDD-P mostró una menor puntuación de GAF y GF rol en comparación con el grupo PRS-ND-NP.

Respecto a los síntomas depresivos, los sujetos PRS-MDD-NP presentaron mayor puntuación en HDRS en comparación con los grupos PRS-ND-P y PRS-ND-NP. En los síntomas negativos, el grupo PRS-MDD-NP presentó puntuaciones más altas que el grupo PRS-ND-NP.

Conclusiones

La presencia de trastorno depresivo mayor no ejerce impacto en la transición a psicosis en una muestra de niños y adolescentes con PRS, pero es un marcador de gravedad. En relación a los síntomas negativos, estos son más intensos en el grupo PRS-MDD lo que indica que puede haber confusión en la discriminación de los síntomas.

Referencias

1. Strauss GP, Pelletier-Baldelli A, Visser KF, Walker EF, Mittal VA. A review of negative symptom assessment strategies in youth at clinical high-risk for psychosis. Schizophr Res. 2020;222:104-12. https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.04.019.

P4

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE DESENSIBILIZACIÓN DE EXTRACCIONES SANGUÍNEAS EN PACIENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

AUTORES: Álvarez Pedrero, Aida[1]; Góngora, Mónica[1]; Rodríguez, Jordi[1]; Gil, Jenifer [1]; Salvador, Gloria[1]; Santamaría, Nuria[1]; Bote, Valentin[1]; Sánchez, Bernardo[1]; Hervás, Amaia[1]

[1] Hospital Universitario Mutua Terrassa

Introducción
Las extracciones de sangre en menores con trastornos del espectro autista (TEA) son un procedimiento complicado. En la Unidad de Día de TEA (UDTEA), del Hospital Universitario Mutua de Terrassa (HUMT), iniciamos un programa específico de desensibilización a extracciones sanguíneas cuyo objetivo es realizar son extracciones fructuosas y no traumáticas.

Metodología
Se realiza una recogida de datos prospectiva de los menores atendidos en el programa desde septiembre de 2023.

Resultados
34 menores han sido atendidos (5 niñas). La edad media es de 10,6 años. El 14,7% tenía comorbilidad con discapacidad intelectual. El 100% se han beneficiado de intervención sensorial (5 móvil/Tablet, 10 juego sensorial, 13 manta de peso y 4 de cascos). 16 no han precisado óxido nitroso. 17,6% tuvieron que ser pinchados en una segunda ocasión. La extracción fue exitosa en el 100% de los casos.

Conclusiones
La intervención sensorial es esencial para las extracciones sanguíneas en TEA. Estos pacientes tienen una peor valoración de su situación médica basal. Programas como el nuestro deberían ser implementados en todos los hospitales.

P5

TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS EN PACIENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA QUE INGRESAN EN HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS

AUTORES: Cesari, Eduard[1]; Herrero, Ailin[1]; Ochandiano, Iñaki[1]; Mena, Juan Ignacio[1]; Salmerón, Sergi[1]; Álvarez, Helena[1]; Díaz, Rosa[2]; Blázquez, Ana[2]; Cercós, Amanda[2]; Ilzarbe, Daniel[3]

[1] Departamento de Psiquiatría y Psicología, Instituto de Neurociencias, Clínic Barcelona, Barcelona, Cataluña, España
[2] Departamento de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, Instituto de Neurociencias, Clínic Barcelona, Barcelona, Cataluña, España
[3] Departamento de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, Instituto de Neurociencias, Clínic Barcelona, Barcelona, Cataluña, España. Idibaps-Barcelona, Cibersam-Madrid, España

Introducción

Se desconoce la prevalencia del trastorno por uso de sustancias (TUS) en menores con trastorno del espectro autista (TEA), estimándose en adultos entre 1-36% (1). Una mayor funcionalidad del paciente TEA (1,2) y la asociación de trastornos comórbidos (ej. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)) incrementan el riesgo de TUS (2). Faltan cribajes e intervenciones terapéuticas específicas, recomendándose abordajes multidisciplinares individualizados mediante psicoterapias protocolizadas con evidencia (1,2). No hay publicaciones del impacto de los ingresos hospitalarios en esta población.

Metodología

Revisión bibliográfica (PubMed) sobre TUS en pacientes TEA. Incluye serie de tres casos que han ingresado en la unidad de agudos de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Resultados

Caso 1: Varón, 17a. Diagnóstico: TEA, TDAH y TUS (cannabis, hipnosedantes). Padres separados, convive con la madre. Vinculado a unidad TEA especializada. Dos ingresos entre los 16-17a, el último por sintomatología psicótica asociada al consumo. Mala adherencia farmacológica.
Caso 2: Varón, 17a. Diagnóstico: TEA, TDAH, TUS (cannabis, tabaco). Familia migrante monoparental. Vinculado a programa de patología dual. Tres ingresos en agudos entre los 16-17a ante alteraciones conductuales por consumo. Mala adherencia terapéutica.
Caso 3: Varón, 16a. Diagnóstico: TEA, discapacidad intelectual, TDAH y TUS (cannabis). Padres separados, convive con madre (afecta de trastorno psiquiátrico). Tres ingresos entre los 14-16a por alteración conductual y síntomas psicóticos asociados a consumo. Vinculado a unidad TEA especializada. Mala adherencia farmacológica.

Conclusiones

Los tres pacientes son varones con alta sensibilidad al consumo y trastornos externalizantes comórbidos, identificándose como factores de riesgo o marcadores de gravedad: sexo masculino, adolescencia, TDAH comórbido, TUS cannabis, baja adherencia farmacológica y entorno familiar frágil. Detectar estos factores puede favorecer la planificación de programas ambulatorios superespecializados que tengan en cuenta la dualidad, reduciendo el riesgo de hospitalización y su impacto. Es necesario seguir realizando estudios específicos con muestras amplias en esta población.

Referencias

1. Walhout SJ, van Zanten J, et al. Patients With Autism Spectrum Disorder and Co-occurring Substance Use Disorder: A Clinical Intervention Study. Subst Abuse. 2022 Apr 17;16:11782218221085599.
2. McKowen J, Berger A, et al. A Manualized Behavioral Therapy Intervention for Youth with Autism Spectrum Disorder and Substance Use Disorder. Case Rep Psychiatry. 2023 Apr 1;2023:8998160

P6 ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN RECIÉN NACIDOS MUY PREMATUROS. ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO

AUTORES: Peñuelas Calvo, Inmaculada[1]; Vázquez-Román, Sara[1]; Torres-Valdivieso, Mª José[1]; López-Maestro, María[1]; Espín Jaime, José Carlos[1]; Alonso-Pallás, Carmen[1]

[1] Hospital Universitario 12 de Octubre

Introducción

La prematuridad es un problema de salud pública, con una prevalencia mundial estimada del 11,1%, lo que suponen unos 14,9 millones de nacimientos al año en todo el mundo con una elevada morbimortalidad asociada (1). Cuanto menor es la edad gestacional en el nacimiento, mayor riesgo de complicaciones y secuelas en el bebé (2). Una de las secuelas más importantes, son las asociadas al neurodesarrollo. En los niños prematuros, se estima que el riesgo de padecer Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es entre 2 y 3 veces mayor que el riesgo en los niños nacidos a término. Este riesgo se multiplica por cuatro, si estos niños han nacido antes de las 26 semanas de gestación (3).

Metodología

Ensayo clínico controlado con grupos paralelos, aleatorizados (1:1) realizado en prematuros < 32 semanas y/o peso ≤1500g nacidos desde el 01/01/2012 al 31/12/2014, con una edad entre 5-7 años. Se evaluó mediante Five to Fifteen (FTF) y una encuesta de rendimiento académico. A los niños con alteraciones se les realizó un perfil neuropsicológico ejecutivo-atencional (Nepsy-II, K-CPT 2, CI test de Kaufman) y DSM para TDAH.

Resultados

Los grupos mostraron diferencias significativas en relación con ser inmigrante y educación materna. Los grupos mejoraron de forma estadísticamente significativa en el pre-post, sin diferencias entre grupos. Se realizo un análisis de regresión múltiple respecto a las variables inmigración/ educación materna que no encontró diferencias.

Conclusiones

La FAE ha mejorado en ambos grupos con el tiempo, sin encontrar diferencias significativas entre los grupos. Sería preciso un estudio con mayor tamaño muestral para poder valorar el efecto de la intervención.

Referencias

1. Franz AP, Bolat GU, Bolat H, Matijasevich A, Santos IS, Silveira RC, Procianoy RS, Rohde LA, Moreira-Maia CR. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Very Preterm/Very Low Birth Weight: A Meta-analysis. Pediatrics. 2018 Jan;141(1):e20171645. https://doi.org/10.1542/peds.2017-1645.
2. Boyle EM, Poulsen G, Field DJ, et al. Effects of gestational age at birth on health outcomes at 3 and 5 years of age: population based cohort study. BMJ 2012; 344:e896. https://doi.org/10.1136/bmj.e896.
3. Sucksdorff M, Lehtonen L, Chudal R, Suominen A, Joelsson P, Gissler M, Sourander A. Preterm Birth and Poor Fetal Growth as Risk Factors of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. Pediatrics. 2015 Sep;136(3):e599-608. https://doi.org/10.1542/peds.2015-1043.

P7

PROYECTO DE HUMANIZACIÓN EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

AUTORES: Esteve, Marina[1]; Reina López, Nuria[1]; Espluga Frigola, Nuria[1]; Pujol Serra, Susana María[1]; Gracia Liso, Rebeca[1]; Marín López, Amanda[1]; Pujals Altes, Elena[1]; Domínguez, Laia[1]; Merodio Ruiz, Igor[1]; Pamias Massana, Montserrat[1]

[1] Hospital Parc Taulí. Salud Mental Infanto-Juvenil

Introducción

Los pacientes pediátricos con Trastornos del Espectro Autista (TEA) presentan un riesgo mayor de hospitalización psiquiátrica, pero con frecuencia los hospitales no están adaptados a sus necesidades (1). Por sus limitaciones socio-comunicativas y dificultades para la adaptación a nuevos entornos, entre otros, la vivencia de un ingreso puede resultar muy estresante (2).
Nuestro trabajo se enmarca en la tendencia general hacia la sensibilización y adaptación de los espacios para los pacientes con TEA (3). Concretamente, en nuestro proyecto se proponen medidas para mejorar la atención al TEA durante un ingreso hospitalario en la unidad de psiquiatría.

Metodología

Objetivos

(A) Favorecer el bienestar durante el ingreso y facilitar la colaboración.
(B) Facilitar una memoria positiva del ingreso y mejorar el afrontamiento a nuevas experiencias del entorno sanitario.
(C) Reducir la duración del ingreso y el uso de medidas de contención mecánica y/o farmacológica
(D) Sensibilizar y formar a los profesionales sanitarios acerca del TEA.

Resultados

El proyecto contempla distintas medidas, entre otras, medidas de anticipación del ingreso, fomentar el uso de sistemas alternativos-aumentativos de comunicación, la creación de una «habitación de la calma», el modelaje a las familias, la formación específica a profesionales y la coordinación con especialidades médico-quirúrgicas.

Conclusiones

Aplicabilidad

La mayoría de propuestas recogidas en el proyecto requieren modestas adaptaciones que pueden mejorar ostensiblemente el transcurso del ingreso. Trabajar la sensibilidad y voluntad de los profesionales resulta determinante.
Una propuesta a futuro sería replicar estas adaptaciones en otros ámbitos del hospital.

Referencias

1. Gabriels RL, Agnew JA, Beresford C, Morrow MA, Mesibov G, Wamboldt M. Improving psychiatric hospital care for pediatric patients with autism spectrum disorders and intellectual disabilities. Autism Res Treat. 2012; 2012:685053. https://doi.org/10.1155/2012/685053
2. Parellada M, Boada L, Moreno C, Llorente C, Romo J, Muela C, Arango C. Specialty Care Programme for autism spectrum disorders in an urban population: A case-management model for health care delivery in an ASD population. Eur Psychiatry. 2013;28(2):102–109. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.06.004
3. Walsh C, O'Connor P, Walsh E, et al. A systematic review of interventions to improve healthcare experiences and access in autism. Rev J Autism Dev Disord. 2023; 10:185–202. https://doi.org/10.1007/s40489-021-00279-2

P8

MEJORA PSICOPATOLÓGICA EN COMORBILIDAD Y SINTOMATOLOGÍA TRASTORNO ESPECTRO AUTISTA TRAS INGRESO EN LA UNIDAD TERAPÉUTICA DE DÍA DE AUTISMO

AUTORES: Santamaría Gras, Núria[1]; Álvarez Pedrero, Aida[1]; Adé, Víctor[1]; Sánchez, Javier[1]; Bote, Valentín[1]; Medina, Raquel[1]; Sánchez, Bernardo[1]; Hervás, Amaia[1,2]

[1] Hospital Universitario Mutua Terrassa
[2] Igain

Introducción

No existen tratamientos específicos para la mejoría objetiva del Trastorno del Espectro Autista (TEA). Hay evidencias de un mayor camuflaje en mujeres, lo que puede contribuir a retrasar el reconocimiento de las dificultades y prestación de apoyo (1). Apreciar los impactos multinivel de género es clave para una atención equitativa. Un enfoque holístico para comprender a la persona en los contextos de sexo y género es esencial para un diagnóstico y apoyo oportunos y precisos (2).
En UDTEA se lleva a cabo una intervención multidisciplinar durante 3-6 meses de ingreso en diversos programas. Se realiza evaluación al ingreso y al alta de los pacientes mediante cuestionario heteroinformados: Escala de Congruencia Social (SRS) y Child Behavior Checklist/4-18 (CBCL).

Metodología

Evaluación al ingreso y al alta de los pacientes mediante cuestionario heteroinformados: Escala de Congruencia Social (SRS) y Child Behavior Checklist/4-18 (CBCL).

Resultados

Evaluamos 20 pacientes: media de edad 12-13 años. Al ingreso se observa mayor grado de gravedad en motivación social e interacción social (reflejados SRS) y en ansiedad/depresión, inatención y asilamiento (reflejados CBCL). En la escala de congruencia social, las mujeres presentan puntuaciones globales moderadas mientras que las masculinas son severas. En comorbilidad hombres y mujeres destacan en aislamiento y ansiedad/depresión; añadiendo en mujeres alteración de pensamiento y en hombres inatención. Tras el ingreso se observa mejoría en la mayoría de los ítems, viéndose mayor en mujeres. Presentan una importante mejoría en conducta y motivación social. También presentan mejoras destacables en cognición y conductas repetitivas.

Conclusiones

La intervención multidisciplinar es efectiva en el trabajo de las características del TEA y en sus comorbilidades
La intervención multidisciplinar debe ser individualizada
Las diferencias en la mejora de género pueden ser debidas a la rigidez cognitiva, la adherencia al tratamiento y la implicación del entorno.

Referencias

1. Wood-Downie H, Wong B, Kovshoff H, Mandy W, Hull L, Hadwin JA. Sex/Gender Differences in Camouflaging in Children and Adolescents with Autism. J Autism Dev Disord. 2021 Apr;51(4):1353-1364. https://doi.org/10.1007/s10803-020-04615-z.
2. Lai MC, Szatmari P. Sex and gender impacts on the behavioural presentation and recognition of autism. Curr Opin Psychiatry. 2020 Mar;33(2):117-123. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000575.

P9

IMPACTO DE LAS ALTERACIONES DEL SUEÑO EN EL PATRÓN DE DESREGULACIÓN EMOCIONAL DE LOS ADOLESCENTES CON DEPRESIÓN. GRUPO FOCAL CON ADOLESCENTES

AUTORES: Sevilla Cermeño, Laura[1]; Panadero-Gómez, Rocío[1]; Abregú-Crespo, Renzo[1]; Merchán-Naranjo, Jessica[1]; Martín-Martínez, Nuria[1]; Ordás-Díaz, Celia[1]; Cloe, Llorente[1]; Miriam, Ayora[1]; Covadonga, Díaz-Caneja[1]; Moreno, Carmen[1]

[1] Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Introducción

El sueño es un proceso biológico esencial para el bienestar físico y emocional de los individuos y en el caso de una patología psiquiátrica tan invalidante como la depresión, la presencia de insomnio es frecuente, asociándose a una mayor gravedad de la sintomatología (1). Además, las alteraciones del sueño y la desregulación emocional han sido identificados como factores etiológicos y de mantenimiento en una variedad de procesos psicopatológicos que incluyen la depresión de inicio temprano (2). Sin embargo, la relación entre las alteraciones de sueño y la desregulación emocional en estos pacientes no queda clara. En este trabajo presentamos un grupo focal que se realizó con adolescentes con diagnóstico de depresión y desregulación emocional, con el objetivo de identificar objetivos para un proyecto de investigación posterior que trate de dilucidar la relación entre esos aspectos.

Metodología

El 22 de junio de 2022 se realizó en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón un grupo focal con 6 adolescentes con diagnóstico de depresión y desregulación emocional. Todos los participantes y sus tutores legales habían dado su consentimiento expreso tras ser informados sobre el objetivo de dicho grupo.

Resultados

Como emergente los adolescentes señalaron el impacto que tenían los problemas de sueño sobre su capacidad para regular sus emociones. Específicamente, se señalaron las pesadillas como alteración del sueño frecuente e invalidante. Profundizar en la relación entre la duración, higiene del sueño y aparición de pesadillas con la desregulación emocional, les parecía muy relevante.

Conclusiones

Del grupo focal con adolescentes con depresión y desregulación emocional se extrae la necesidad de investigar la relación bidireccional entre las alteraciones del sueño y la dificultad para regular las emociones propias. Además, el estudio del posible impacto de las alteraciones de sueño en la desregulación emocional en pacientes deprimidos, puede impulsar nuevas investigaciones sobre vías terapéuticas que mejoren la sintomatología de los mismos.

Financiación

Premio a la investigación AEPNYA 2022

Referencias

1. Asarnow LD et al. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Depression. Sleep Med Clin. 2019;14(2):177-84. https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2019.01.009.
2. Young et al. Positive and Negative Emotion Regulation in Adolescence: Links to Anxiety and Depression. Brain Sci 2019 29;9(4):76. https://doi.org/10.3390/brainsci9040076.

P10 RED DE ENLACE PARA LA PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA: COORDINACIÓN EDUCACIÓN Y SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

AUTORES: Gordo Seco, Rocío[1]; Hostalrich Llopis, Nuria[1]; Alvarez Fernandez, Yolanda[1]; Osorio Guzman, Angela[1]; Hernando Segura, Rosario[1]; Garcia Soto, Xose Ramon[1]; Bernal Jimenez, Arancha[1]; Elua Samaniego, Ana[1]; Gil Delgado, Patricia[1]; Garcia Mellado, Juan Antonio[1]

[1] Complejo Asistencial Universitario de Burgos

Introducción

El aumento actual la conducta suicida en la infancia y la adolescencia se ha convertido en un problema social prioritario y ha dado lugar al desarrollo de políticas sanitarias orientadas a la prevención. El Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024 hace hincapié en la prevención del suicidio. En el caso de niños y adolescentes, la prevención debe ser multisectorial e implicar al sistema educativo.

A pesar del aumento de recursos dedicados a prevención de suicidio estas conductas siguen aumentando en población adolescente (1, 2). Es clave la evaluación de los diferentes programas, para garantizar que las intervenciones sean eficientes.

En Castilla y León, en mayo de 2023 se pone en marcha la Red de Enlace para la prevención del suicidio, creada por las consejerías de sanidad y educación. Tiene como objetivo prevenir, detectar y atender de forma temprana a los menores con riesgo de suicidio y conductas autolesivas. Incluye acciones de asesoramiento y talleres de formación para los profesionales educativos.

El objetivo de este trabajo es describir las características de los casos atendidos y las intervenciones realizadas por la red de enlace en el área de salud de Burgos.

Metodología

Estudio descriptivo observacional retrospectivo que incluye los casos atendidos desde el 5 de mayo de 2023 hasta el 25 de febrero de 2024. Se describen características sociodemográficas y las intervenciones realizadas.

Resultados

Se atendieron 15 casos en el curso 2022-23 y 31 en 2023-24. La distribución por sexo fue de 24 mujeres y 22 varones. Del total, 16 casos habían estado en seguimiento en Salud Mental en el último año. La mayoría presentaban un riesgo leve y la intervención fue orientación sobre la actuación en Educación. 11 casos han precisado atención en salud mental. El cumplimiento del protocolo ha ido mejorando progresivamente.

Conclusiones

Los resultados demuestran la importancia de la implicación y formación de los profesionales de Educación en prevención primaria en salud mental infanto-juvenil.

Referencias

1. Villar-Cabeza, F. et al. La actualidad de la prevención del suicidio en la adolescencia, grandes esfuerzos y peores resultados ¿Por qué? Revista de psiquiatría infanto-juvenil. 2023, Volumen 40, número 4, octubre-diciembre, pp. 2-4. https://doi.org/10.31766/revpsij.v40n4a2
2. Hernán Villalobos-Galvis, F. et al. Prevención de la conducta suicida en contextos escolares. Una revisión de los tipos de intervención. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2023; 43(143): 217-236. https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352023000100012.

P11 FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DEL SÍNDROME DE KLEINE-LEVIN

AUTORES: Monedero Carrasco, Llanos /Ll.[1]; Pardo González, Carla/C.[1]; Andreu Martínez, Julia/J.[1]; Sanjuan Ortiz, Cecilia/C.[1]; Aranda Telias, Raúl/R.[1]; Barrera García, María/M.[1]; Albert Cobo, Sergio/S.[1]; Navalón Rodríguez, Pablo/P.[1]; Esclapez Martínez, Francisco/F.[1]; Carrasco Marina, Llanos/Ll.[2]

[1] Hospital Universitario y Politécnico la Fe, Valencia
[2] Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid

Introducción

El Síndrome de Kleine-Levin (SKL) se caracteriza por episodios de hipersomnia, alteraciones conductuales y cognitivas. Su etiología es desconocida, pero la identificación de factores de riesgo es clave para su diagnóstico, su comprensión y su tratamiento.

Metodología

Se analizaron artículos de la base de datos PubMed, desde el año 2000 hasta la actualidad. Los artículos incluidos presentaban traducción al inglés, centrados en investigaciones que abordan la relación entre el SKL y factores de riesgo demográficos, médicos, psiquiátricos o neurológicos, incluyéndose estudios de cohortes, reporte de casos, revisiones sistemáticas y metaanálisis (1-7).

Resultados

El SKL predomina en adolescente, sobre los 15 años, siendo más común en varones y más severo en mujeres. Se estudian factores de riesgo médicos, como las infecciones, la autoinmunidad, la existencia de un posible componente genético y la asociación con trastornos psiquiátricos (trastorno bipolar, depresión, ansiedad o trastorno obsesivo-compulsivo). Se exponen los hallazgos de imágenes cerebrales, que revelan, ocasionalmente, alteraciones en áreas como el hipotálamo y el tálamo.

Conclusiones

El SKL está asociado con diversos factores de riesgo demográficos, médicos, psiquiátricos y neurológicos. La complejidad del síndrome destaca la necesidad de enfoques multidisciplinarios y futuras investigaciones.

Referencias

1. Arnulf I, Zeitzer JM, File J, Farber N, Mignot E. Kleine-Levin syndrome: a systematic review of 186 cases in the literature. Brain. 2005;128(Pt 12):2763-2776. https://doi.org/10.1093/brain/awh620.
2. Arnulf I, Rico TJ, Mignot E. Diagnosis, disease course, and management of patients with Kleine-Levin syndrome. Lancet Neurol. 2012;11:918–28. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(12)70187-4.
3. Rizvi A, Shaan F. Diagnostic dilemma of Kleine-Levin Syndrome Mimicking Bipolar Depression: Case Report and Five-Year Follow-up. Indian J Psychol Med. 2023 Jul;45(4):440-441. https://doi.org/10.1177/02537176231156070.
4. Hadinezhad P, Setareh J, Adimi Naghan P. Kleine-levin syndrome comorbid with obsessive-compulsive disorder and personality disorder: A case report. Caspian J Intern Med. 2023 Winter;14(1):150-152. https://doi.org/10.22088/cjim.14.1.150.
5. Geoffroy PA, Arnulf I, Etain B, Henry C. Kleine–Levin syndrome and bipolar disorder: a differential diagnosis of recurrent and resistant depression. Bipolar Disord. 2013 Dec;15(8):899–902. https://doi.org/10.1111/bdi.12119.
6. de Oliveira MM, Conti C, Prado GF. Pharmacological treatment for Kleine-Levin syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2016 May 6;2016(5):CD006685. https://doi.org/10.1002/14651858.CD006685.pub4.
7. Leu-Semenescu S, Le Corvec T, Groos E, Lavault S, Golmard JL, Arnulf I. Lithium therapy in Kleine–Levin syndrome: an open-label, controlled study in 130 patients. Neurology. 2015 Nov 10;85(19):1655–1662. https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000002104.

P12 USO RESPONSABLE DE LAS TICS: UNA EXPERIENCIA EN HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL

AUTORES: González Benito, Jonathan[1]; Delgado Torres, Carla[1]; Messer, Verónica[1]; Durán López, Daniela[1]; Careno Báez, Itahisa[1]; Naranjo Castro, Nuria[1]

[1] Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

Introducción

Aunque no reconocida aún como entidad individual por los manuales diagnósticos internacionales (CIE-11 / DSM-V), la adicción a internet supone una problemática actual a escala global. Estudios de metaanálisis han detectado una prevalencia internacional de "adicción a internet" en población general de 7,02% (1), considerando que actualmente no existen criterios diagnósticos unificados. En este ámbito tiene una especial relevancia la población infanto-juvenil, considerándose una población vulnerable a esta adicción (2).

Metodología

Les presentamos los resultados de una experiencia realizada en el hospital de día infanto-juvenil Dr. Guigou en la cual participaron voluntariamente 23 pacientes de edades comprendidas entre 8-17 años con diagnóstico de Trastorno Mental Grave. Los voluntarios anónimamente rellenaron un formulario donde se les preguntó sobre: disponibilidad de acceso a TICS, número de horas de consumo al día y aplicaciones donde realizan mayor inversión de tiempo.

Resultados

Destacamos de los resultados obtenidos que el 95% tiene en posesión algún dispositivo electrónico, ocupando 50% de los encuestados más de 6 horas diarias en la red.

Las aplicaciones más usadas son las redes sociales y Youtube®. Es importante señalar que la única adicción comportamental relacionada con las TICS recogida como entidad individual es el "trastorno por videojuegos", el cual fue el grupo menos predominante en nuestra muestra.

Conclusiones

Esto podría dar pie a investigar sobre los usos más comunes de las TICS en nuestros pacientes, de cara a plantear intervenciones terapéuticas más dirigidas.

Algunos autores plantean la hipótesis de que el uso adictivo de internet tiene relación con patología mental grave y carencias vinculares (destacando pacientes que describen la figura materna como "fría e indiferente") (3), concordando con el perfil de paciente en nuestro hospital de día. Se plantea que el uso de las TICS obedece a la satisfacción de estas carencias.

Referencias

1. Pan YC, Chiu YC, Lin YH. Systematic review and meta-analysis of epidemiology of internet addiction. Neurosci Biobehav Rev. 2020 Nov; 118:612-622. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.08.013.
2. Marin MG, Nuñez X, de Almeida RMM. Internet Addiction and Attention in Adolescents: A Systematic Review. Cyberpsychol Behav Soc Netw. 2021 Apr;24(4):237-249. https://doi.org/10.1089/cyber.2019.0698.
3. Trumello C, Vismara L, Sechi C, Ricciardi P, Babore A. Internet Addiction: The Role of Parental Care and Mental Health in Adolescence. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021; 18(24):12876. https://doi.org/10.3390/ijerph182412876

P13 ALUCINACIONES EN EDAD PREESCOLAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES: González Benito, Jonathan[1]; Durán López, Daniela[1]; Delgado Torres, Carla[1]; Messer, Veronica[1]

[1] Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

Introducción

Las urgencias psiquiátricas en niños preescolares suelen ser excepcionales y específicas, siendo las más frecuentes los trastornos con un componente psicológico-relacional. Dada la excepcionalidad de estos cuadros, es preciso descartar patología orgánica.

Metodología

Se describe caso clínico de una paciente preescolar con cuadro alucinatorio de difícil identificación de etiología orgánica, a raíz del cual haremos una revisión bibliográfica sobre una de las causas menos frecuentes.

Resultados

Niña de 5 años atendida en Urgencias por cuadro de fiebre de 3 días de duración de hasta 38.5ºC con alucinaciones visuales durante los picos febriles.
Ingresa en Pediatría por sospecha de encefalitis vírica.
Antecedentes: Otitis Media Aguda en tratamiento con amoxicilina hace 24h.
Exploración: Buen Estado General. Estable hemodinámica y respiratoriamente. Consciente, orientada, sin focalidad neurológica. No alteraciones sensitivomotoras.
Pruebas complementarias: Hemograma normal; PCR 3,14mg/dl. Tóxicos negativos. Gripe A+.
LCR: Claro, valores normales. EEG sin hallazgos patológicos. TAC craneal sin lesiones.
Durante el ingreso se pauta Paracetamol 15mg/kg y Oseltamivir 30mg/12h.
Responde a antipiréticos, 36h sin fiebre, pero presenta 3 nuevos episodios de alucinaciones. Se contacta con Psiquiatría para estudio.
Exploración psicopatológica: Alucinaciones visuales descritas como "muchos chicos que se mueven muy rápido" "las cosas se mueven" con repercusión afectiva. Resto normal.
Basal: Vive con sus padres. Cursa preescolar. No eventos estresógenos.
Revisamos tratamiento, detectándose Oseltamivir como fármaco con secundarismos alucinógenos. Acordamos con Pediatría retirada del fármaco y Resonancia Magnética ambulatoria.
Fármacos que pueden causar síntomas psicóticos:

- Antirretrovirales: abacavir, efavirenz, zidovudina y didanosina.
- Antibióticos: penicilinas, cefalosporinas, ciprofloxacino, gentamicina, claritromicina, trimetoprim-sulfametoxazol, cicloserina, isoniazida, etionamida.
- Antivirales: aciclovir, ganciclovir, oseltamivir, interferones α-2a, α-2b, β-1a, γ-1b.
- Antimicóticos: ketoconazol, griseofulvina.
- Antimaláricos: mefloquina, quinina, cloroquina.
- Anticuerpos monoclonales.
- Antihipertensivos y antiarrítmicos: betabloqueantes, captopril, digoxina, antiarrítmicos clase IA, lidocaína, flecainida, calcioantagonistas, clonidina y alfametildopa.
- Corticoides, AINEs, antagonistas H2.
- Isotretinoína.
- Inmunosupresores: ciclosporina, tacrolimus y micofenolato mofetilo.

Conclusiones

Tras retirada del fármaco no presenta nuevos episodios, dándose de alta. Evolutivo de Primaria recoge ausencia de nuevos episodios y Resonancia Magnética Cerebral sin lesiones.
Destacamos en este caso la importancia de descartar los secundarismos farmacológicos como causa potencial de síntomas psíquicos.

Referencias

1. López-Galán S , Goretti S, López-Saracho I, Martínez De Salazar A, Soto M. Manual de Urgencias Psiquiátricas. 1ª Edición: Madrid;2022.

P14 INFLUENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN LA SINTOMATOLOGÍA BASAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ESTADO MENTAL DE ALTO RIESGO PARA PSICOSIS

AUTORES: Cesari, Eduard[1]; Ilzarbe, Daniel[2]; de la Serna, Elena[3]; Sugranyes, Gisela[2]; Tor, Jordina[4]; Muñoz-Samons, Daniel[4]; Rodríguez-Pascual, Marta[4]; Dolz, Montserrat[5]; Baeza, Inmaculada[6]

[1] Servicio de Psiquiatría y Psicología, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España
2 Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España. Frcb-Idibaps, Barcelona, España. Cibersam, Instituto de Salud Carlos Iii, Madrid, España
3 Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España. Cibersam, Instituto de Salud Carlos Iii, Madrid, España
4 Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España
5 Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España. Cibersam, Instituto de Salud Carlos Iii, Madrid, España
6 Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España. Frcb-Idibaps, Barcelona, España. Cibersam, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España. Instituto de Neurociencias, Universitat de Barcelona, Barc

Introducción

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y los trastornos psicóticos son trastornos del neurodesarrollo que comparten factores genéticos y ambientales (1). Existe un interés creciente por los Estados Mentales de Alto Riesgo para psicosis (EMAR) en población infanto-juvenil (2). La comorbilidad de TDAH con psicosis es elevada, estando la naturaleza de esta asociación aún por resolver (1). Faltan estudios que comparen la sintomatología clínica en pacientes EMAR con TDAH (EMARTDAH+) y sin TDAH (EMARTDAH-) comórbido. El objetivo del presente estudio es analizar las diferencias entre niños y adolescentes EMAR con y sin TDAH respecto a la sintomatología en la evaluación basal.

Metodología

Estudio prospectivo longitudinal multicéntrico de niños y adolescentes (10-17 años) EMAR realizado en el Hospital Clínic y Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona (2). A nivel basal se obtuvieron dos grupos, EMARTDAH+ y EMARTDAH-. Se administraron las escalas clínicas: "Scale of Prodromal Symptoms" (SOPS), Young (manía) y Hamilton (depresión) y se compararon ambos grupos mediante X^2 y T-Student.

Resultados

De 240 sujetos EMAR, 40 (15,4%) eran EMARTDAH+ (14,2±1,8años, 50% mujeres) y 200 (84,6%) eran EMARTDAH- (15,2±1,6años,75% mujeres). Se observaron diferencias significativas respecto al sexo (X2=10,084, p=0,002) y la edad (p< 0.001). A nivel clínico, se observaron diferencias significativas en la puntuación de la SOPS general, donde EMARTDAH- (8,3±3,8) vs. EMARTDAH+ (6,7±3,2) (t=-2,394, p=0,018). EMARTDAH+ (4,8±5,3) puntuó más alto en la Young que EMARTDAH- (3,3±5,6) (t=2,186, p=0,03), sin encontrarse diferencias en la escala Hamilton (p>0,05).

Conclusiones

Los varones EMAR tienen mayor comorbilidad con TDAH y son más jóvenes. La sintomatología basal entre EMARTDAH+ y EMARTDAH- difiere en aspectos como el estado anímico, entre otros síntomas, en ambos grupos. Se necesitaría ampliar la muestra para comprobar las diferencias psicopatológicas en esta población de elevada vulnerabilidad para psicosis.

Financiamiento

Estudio financiado por el Instituto Salud Carlos III (FIS PI11/01349, PI11/02684, PI15/00444, PI15/00509, PI18/00242, PI18/00976, PI21/00391, PI21/0009, PI21/00330), CIBERSAM y Fundación Alicia Koplowitz.

Referencias

1. Sanchez-Gistau V, Manzanares N, Cabezas A, et al. Clinical and cognitive correlates of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder in first-episode psychosis:A controlled study. Eur Neuropsychopharmacol. 2020 Jul;36:90-99. https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2020.05.010.
2. Dolz M, Tor J, De la Serna E, et al. Characterization of children and adolescents with psychosis risk syndrome:The Children and Adolescents Psychosis Risk Syndrome (CAPRIS) study. Early Interv Psychiatry. 2019 Oct;13(5):1062-1072. https://doi.org/10.1111/eip.12728.

P15

BENEFICIOS DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN LOS CUIDADORES DE NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

AUTORES: Pardo González, Carla[1]; Monedero Carrasco, María de los Llanos[1]; Andreu Martínez, Julia[1]; Esclapez Martínez, Francisco Feliciano[1]; Aranda Telias, Raúl[1]; Sanjuan Ortiz, Cecilia[1]; Ribes Jordán, Grácia[1]; Rodríguez Fernández, María[1]; Adam Llopis, Héctor[1]; Barrera García, María[1]

[1] Hospital Universitari I Politécnic la Fe

Introducción

Los cuidadores de niños con trastorno del espectro autista (TEA) enfrentan desafíos únicos que pueden afectar su bienestar psicológico y emocional. La terapia de aceptación y compromiso (ACT) es una intervención prometedora para abordar esta problemática.

Metodología

Búsqueda bibliográfica exhaustiva en PubMed y PsycINFO,empleando los términos de búsqueda "acceptance and commitment","caregivers", y"autism spectrum disorder". Se seleccionaron ensayos clínicos aleatorizados controlados y estudios de efectividad publicados en los últimos cinco años.

Resultados

- Reducción del estrés e incremento de la resiliencia en los cuidadores (1,2,3,4).
- Mejoras significativas en la salud mental y el ajuste de los cuidadores en el grupo ACT en comparación con el tratamiento habitual (1).
- Disminución de ansiedad y depresión en los cuidadores de niños con TEA (1,2,3), proporcionando la terapia herramientas para manejar las emociones y preocupaciones asociadas con el cuidado del niño (2,3).
- Mejoría de la calidad de vida: mayor satisfacción personal; equilibrio entre el trabajo y la vida familiar (1,2,3,4).
- Aumento de la capacidad para manejar el estrés asociado con el cuidado del niño (1,2,3): ACT proporcionó a los cuidadores habilidades para la aceptación de las dificultades asociadas con el TEA, aportando un mayor sentido de bienestar y conexión con su hijo (3). Facilitó también el desarrollo de estrategias de afrontamiento efectivas para lidiar con situaciones desafiantes.

Conclusiones

La investigación actual respalda la eficacia de ACT en la mejora del bienestar psicológico y emocional de los cuidadores de niños con autismo,subrayando la importancia de considerarla una intervención útil y efectiva, con un probable impacto positivo en la salud y bienestar de toda la familia.

Referencias

1. Leadbitter K, Smallman R, James K, et al. REACH-ASD: a UK randomised controlled trial of a new post-diagnostic psycho-education and acceptance and commitment therapy programme against treatment-as-usual for improving the mental health and adjustment of caregivers of children recently diagnosed with autism spectrum disorder. Trials. 2022;23(1):585.
2. Maughan AL, Lunsky Y, Lake J, et al. Parent, child, and family outcomes following Acceptance And Commitment Therapy for parents of autistic children: A randomized controlled trial. Autism. 2024;28(2):367-380.
3. Marino F, Failla C, Chilà P, et al. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy for Improving Psychological Well-Being in Parents of Individuals with Autism Spectrum Disorders: A Randomized Controlled Trial. Brain Sci. 2021;11(7):880.
4. Smith MJ, Brown N. Supporting parents of children with autism spectrum disorder in rural areas using telepractice: A pilot program. Rural Remote Health. 2019;19(2):5055.

P16 PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA POBLACIÓN INFANTOJUVENIL. UNA INICIATIVA COMUNITARIA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL DE ALCORCÓN

AUTORES: Collazos García, Rocio[1]; Recio Delgado, Diana[1]; Martin Carballeda, Julia[1]; Rodriguez Moya, Laura[1]

[1] Centro de Salud Mental de Alcorcon. Hospital Universitario Fundación de Alcorcón

Introducción

El programa se dirige a adolescentes con diferentes problemáticas de salud mental que se encuentran en situación de elevada inestabilidad y con varios factores sociales y familiares que necesitan un abordaje integral en domicilio y que no llegan a las consultas del Centro de Salud Mental (CSM).
Se pretende dar respuesta a la realidad que a veces nos encontramos en las consultas y que detectamos habitualmente en la coordinación con otros dispositivos: son abundantes los casos graves que no reciben atención por diferentes motivos en los centros de salud mental y que requieren de la flexibilidad de los profesionales para poder tener acceso a la misma.

Metodología

El programa dura 12 sesiones en domicilio, una vez por semana, cuyo objetivo será iniciar el tratamiento y la vinculación del paciente y su familia al CSM.
Consta de dos equipos (psiquiatra-terapeuta ocupacional y enfermería-trabajo social)
Tras la fase inicial o durante la misma, se inicia la intervención de la psicóloga en CSM, con un abordaje intensivo.
Los pacientes pueden acceder derivados desde el mismo CSM o a través de su pediatra o médico de atención primaria.

Resultados

Desde el inicio se han derivado 7 pacientes, de los que por el momento se ha dado atención a cinco de ellos. Todos ellos o sus familias han conseguido vincular con el equipo de salud mental. Se decidieron dos altas, el resto están en fase de vinculación y asistencia a citas en el CSM

Conclusiones

Inicialmente, se considera una medida eficaz para poder ofrecer atención a pacientes que sin ella, no llegarían a ser atendidos en el centro de salud mental.
Hace falta un mayor desarrollo en el tiempo para poder sacar conclusiones con respecto al mantenimiento de la adherencia al seguimiento y al tratamiento.
Se está trabajando en la actualidad en la coordinación con dispositivos de educación y servicios sociales para que puedan alertar de casos susceptibles de beneficiarse.

Referencias

1. Muskens, J. B., Herpers, P., Hilderink, C., van Deurzen, P., Buitelaar, J. K., - Staal, W. G. (2019). Intensive home treatment for adolescents in psychiatric crisis. BMC psychiatry, 19(1), 412. https://doi.org/10.1186/s12888-019-2407-x
2. Generalitat de Catalunya Departament de Salut. Programa d'intervenció a la crisi infantil i juvenil en salut mental a Catalunya. 1ª ed. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2022.

P17 ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA DIGESTIVA EN PACIENTES CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

AUTORES: Hernandez Jusdado, Patricia[1]; Pajares Díaz, Jose Antonio[2]; Huertas Patón, Abigail[1]; Urbiola Merina, Elena[1]; López Moreno, Laura[1]; Sipos Gálvez, Lourdes[1]; Civeira Marín, Ignacio[1]; Moreno Ruiz, Carmen[1]; Monleón Pérez, Nieves[1]; Parellada Redondo, María José[1]

[1] Instituto de Psiquiatría y Salud Mental Hospital General Universitario Gregorio Marañón
[2] Servicio de Digestivo Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Introducción

Diversos estudios han demostrado mayor prevalencia de patología médica en adultos con trastornos del espectro autista (TEA) que en población general, entre ellos trastornos inmunológicos, gastrointestinales, obesidad, convulsiones, dislipidemia, hipertensión y diabetes (1).

Metodología

Con el objetivo de facilitar la atención médica desde el programa de atención médica integral a personas con TEA (AMITEA) en colaboración con el servicio de Digestivo, se ha desarrollado una consulta de evaluación y tratamiento de patología digestiva, presentando a continuación un análisis de la misma durante el período comprendido entre octubre de 2022 y septiembre de 2023.

Resultados

Se atendieron a un total de 68 pacientes, los principales motivos de consulta fueron dolor abdominal (22%), alteraciones conductuales (21%), diarrea (18%), estreñimiento (12%), RGE/vómitos (7%), hipertransaminasemia (7%), antecedentes familiares de patología digestiva (4%), celiaquía (3%), disfagia (2%), rectorragia (2%) y ferropenia (2%).
En los pacientes con dolor abdominal (n=15) se hallaron los siguientes diagnósticos: infección por Helicobacter Pilory (4), ERGE (4), gastritis (2), síndrome de intestino irritable (2), estreñimiento (2), intolerancia a la lactosa (2), parasitosis (1), hernia abdominal (1) y prolapso rectal (1).
En los pacientes con alteraciones conductuales (n=14) los diagnósticos fueron: infección por Helicobacter Pilory (4), ERGE (3), dispepsia/gastritis (3), síndrome de intestino irritable (1), estreñimiento (1) y parasitosis (2).
Entre los pacientes con diarrea (n=12) los diagnósticos fueron: sobrecrecimiento bacteriano (3), infecciones (3), colitis ulcerosa (2), malabsorción de sales biliares (2), síndrome de intestino irritable (1) e intolerancia a la lactosa (1).

Conclusiones

Tras los diagnósticos, se inició tratamiento junto con medidas higiénicos-dietéticas con mejoría y resolución de la sintomatología digestiva y mejoría conductual.
Cualquier cambio en el comportamiento del paciente con TEA puede ser síntoma de una patología médica subyacente, precisando valoración siendo importante no atribuir o interpretar como sintomatología nuclear o comportamental, teniendo en cuenta la atipicidad de los síntomas, las características clínicas de los pacientes con TEA y la información de padres/cuidadores, facilitando la atención médica mediante la elaboración conjunta de protocolos y guías.

Referencias

1. Croen LA, Zerbo O, Qian Y, Massolo ML, Rich S, Sidney S, Kripke C. The health status of adults on the autism spectrum. Autism. 2015 Oct;19(7):814-23.

P18 EVALUACIÓN DEL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO EN PACIENTES CON AUTISMO PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA EN BASE A DATOS GENÓMICOS

AUTORES: Logo-Lendo, N[1]; González-Peñas, J[2]; Parellada-Redondo, M J[2]

[1] Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (Iisgm)
[2] Hospital Gu Gregorio Marañón, Cibersam, Iisgm, Madrid, Spain

Introducción
Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) tienen un importante componente genético, donde las variantes raras altamente funcionales (de novo) pueden aumentar significativamente el riesgo a nivel individual. La identificación de las características fenotípicas y genéticas en los pacientes puede permitir una intervención temprana y la realización de tratamientos personalizados.

Metodología
En este trabajo se realizó una selección de variantes genéticas potencialmente patogénicas, así como de variables clínicas de relevancia. Posteriormente, se evaluó el rendimiento diagnóstico para el TEA en base a datos fenotípicos y genéticos y se creó un árbol de decisión para maximizar el éxito del diagnóstico genético. Se utilizaron técnicas de aprendizaje automático y se comparó el rendimiento diagnóstico frente a métodos convencionales no estandarizados.

Resultados
Tras la aplicación del modelo de Random Forest, las variables más importantes obtenidas fueron la edad de inicio de la marcha, edad de la madre, edad del padre y edad de inicio de los síntomas de TEA. Después de la clasificación de los pacientes en el árbol con menor Out of Bag Error (OOB), se obtuvo el rendimiento en cada una de las hojas terminales a través de una clasificación con bootstrapping (método de remuestreo para generar un conjunto de muestras simuladas) con reemplazo. El mayor rendimiento obtenido fue de 45,52%. Se obtuvo, a su vez, el rendimiento diagnóstico (etiológico) del exoma solicitado en función del criterio clínico sin ayuda del algoritmo, que fue de 19,72%. Éste, en comparación al obtenido a través del algoritmo de decisión era un 25,8% menor.

Conclusiones
Este trabajo destaca la importancia de los métodos de aprendizaje automático y la medicina personalizada en la práctica clínica y presenta una metodología útil para mejorar el diagnóstico e intervención en pacientes con TEA a través del aumento en el porcentaje de casos reportables tras la aplicación de un algoritmo de clasificación. Esto puede ser útil para la mejora del coste y eficiencia, así como la aplicación de terapias tempranas y la adecuación de los tratamientos que permitirían una mejora en la calidad de vida de los pacientes con TEA.

P19 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA INFANTOJUVENIL DEL VALLÉS OCCIDENTAL DURANTE EL AÑO 2023

AUTORES: Boadas i Gironés, Mireia[1]; Ramírez González, Jaime[2]; Aparicio Múñoz, Mariona[1]; Pujals Altés, Elena[1]; Espluga Frigola, Nuria[1]; Durán Forteza, Oscar[1]; Gracia Liso, Rebeca[1]; Pamias Massana, Montserrat[1]

[1] SERVICIO DE PSIQUIATRÍA INFANTOJUVENIL. CONSORCI CORPORACIÓ SANITARIA PARC TAULÍ
[2] CONSORCI SANITARI DE TERRASSA

Introducción

La intervención terapéutica del paciente con un trastorno del espectro del autismo (TEA) se realiza en el entorno natural, pero en situaciones de crisis o descompensación es necesario el ingreso en las unidades de hospitalización psiquiátrica hasta estabilizar al paciente. En nuestra unidad, se ha objetivado un incremento de los ingresos de los pacientes con TEA respecto a años anteriores, por lo que se plantea este estudio con los siguientes objetivos: 1- realizar un análisis descriptivo de las características de los pacientes TEA que ingresan en la unidad psiquiátrica de nuestro servicio. 2- Averiguar si existen diferencias en la presentación clínica, comorbilidades y necesidades detectadas en relación al género del paciente TEA que ingresa en la unidad.

Metodología

Se realiza un análisis descriptivo de los datos recogidos a través de la historia clínica de los pacientes con TEA que ingresaron en nuestra unidad de hospitalización psiquiátrica infantojuvenil. Se recogen datos demográficos, clínicos y académicos. Se realiza un análisis comparativo de las características clínicas por sexo.

Resultados

La muestra se compuso de 68 pacientes (n=68), un 26% del total de los ingresos del año 2023. 54,4% chicas y el 45,6% chicos. Los motivos de ingreso más prevalentes fueron la alteración conductual (45,6%) y la conducta suicida (44,1%.) El 16,2% no tenía una diagnóstico TEA previo. Respecto a las comorbilidades, el 47,1% tenía un Tratorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) comórbido, y el 20,1% un trastorno adaptativo. En cuanto a la derivación al alta, el 55,4% de los pacientes se derivaron para seguimiento habitual en CSMIJ, pero el resto requiriendo de un abordaje intensivo en recurso específico. (Hospitales de Día, unidades TEA o de subagudos).

Respecto a las diferencias por sexo, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el motivo de ingreso (p=0,001) con una mayor prevalencia de conducta suicida en las chicas como motivo de ingreso, sin embargo las alteraciones conductuales fueron más prevalentes en los chicos. También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las comorbilidades asociadas (p=0,038) entre las chicas y los chicos.

Conclusiones

Nuestro estudio muestra un incremento de las necesidades de ingreso de los pacientes TEA en las unidades de agudos, reflejando la necesidad de adaptar las unidades psiquiátricas a las características de estos pacientes. Las diferencias de género observadas señalan la conveniencia de diseñar intervenciones más específicas para estos pacientes.

P20 ASOCIACIÓN ENTRE LAS PUNTUACIONES DE LA ESCALA MASC Y EL TRATAMIENTO INDICADO EN UNA MUESTRA CLÍNICA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

AUTORES: Canga-Espina, C[1]; Chavarría-Martinez, E A[1]; Parada-Valencia, M F[1]; Vidal-Adroher, C[1]; Maestro-Martín, C[1]; Diez-Suarez, A[1]; Vallejo-Valdivielso, M[1]

[1] Clínica Universidad de Navarra

Introducción

La ansiedad es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en población infantil. Para su identificación y apoyo a la historia clínica, existen cuestionarios específicos, como la MASC (Multidimensional Anxiety Scale for Children). El objetivo es describir la posible asociación entre las puntuaciones obtenidas en la escala MASC y los tratamientos indicados en la primera consulta en una muestra de menores de edad en nuestro centro con cualquier diagnóstico psiquiátrico; e identificar la presencia e intensidad de síntomas de ansiedad en diferentes diagnósticos psiquiátricos en la misma muestra.

Metodología

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo con datos de pacientes que consultaron por primera vez entre junio 2016 y 2023. Criterios de inclusión: pacientes entre 3 y 18 años que cumplan criterios para un trastorno CIE-11, con castellano como lengua madre. Criterios de exclusión: ausencia de representantes legales en la primera consulta, discapacidad intelectual, lengua materna diferente al castellano. Variables: Edad, sexo, antecedentes familiares psiquiátricos, diagnóstico según criterios CIE-11, indicación de tratamiento, y puntuaciones de subescalas del MASC.

Resultados

Total de 1024 pacientes, con edad media de 12 años (±4,028). El diagnóstico más frecuente fue el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (22,27%), seguido de Trastornos de Ansiedad (17,93%). El Trastorno Oposicionista y Desafiante fue la comorbilidad más prevalente (9,66%), seguido del Trastorno de Ansiedad no especificado (4,99%). El análisis mostró que aquellos pacientes con antecedentes familiares psiquiátricos presentaban mayores puntuaciones en todas las subescalas. Aquellos niños y adolescentes con mayores puntuaciones en la subescala de Síntomas Físicos recibían con mayor probabilidad indicación de tratamiento farmacológico (8,45 vs. 7,59) como psicoterapéutico (9,01vs. 7,95). Asimismo, una mayor puntuación en todas las subescalas se relacionaba con mayor probabilidad de recibir indicación de psicoterapia.

Conclusiones

Por cada punto de incremento en la subescala de Ansiedad Física, aumenta la probabilidad de indicar tratamiento farmacológico, lo que podría explicarse debido a la limitación funcional y la gravedad de los síntomas. El aumento en todas las subescalas se relaciona con una mayor probabilidad de indicación de psicoterapia, al ser este el tratamiento gold-standard para niños.

P21 EFICACIA DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

AUTORES: Iriondo Blanco, Oaia[1]; Gómez Vallejo, Sandra[1]; Atarés Bertrán, Laura[1]; Galceran Chaves, Celeste[1]; Cercos López, Amanda[1]; Jimenez Zubizarreta, Amagoia[1]; Pastor Méndez, Antonio[2]; Campillo Melià, Alba[3]; Saenz De Ynestrillas Caballero, Rosalía[1]; Morer Liñan, Astrid[1]

[1] Hospital Clínic de Barcelona
[2] Hospital Mutua Terrassa
[3] Sant Joan de Deu

Introducción

Los trastornos de salud mental en niños y adolescentes se asocian con deterioros sustanciales en varios aspectos del funcionamiento psicosocial y la calidad de vida.(1)
Los ingresos en unidades psiquiátricas convencionales pueden estar asociados a una variedad de efectos negativos en el adolescente como sentirse desplazado del hogar, la familia o amigos y estancamiento en el desarrollo emocional, social o escolar.(2) La hospitalización domiciliaria (HDOM) requiere menos recursos que el tratamiento hospitalario y permite involucrar fuertemente el entorno de vida del paciente en la terapia con el objetivo de reducir el riesgo de recaída.(1,2)
La literatura disponible avala el entorno domiciliario como entorno de tratamiento igualmente efectivo al tratamiento hospitalario.(1)
El objetivo de nuestro estudio es describir el tipo de paciente atendido en HDOM de un hospital terciario y valorar la eficacia del dispositivo.

Metodología

Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron en domicilio entre septiembre de 2023 y mayo 2024. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas. Se administraron los cuestionarios Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) a pacientes y Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA) a pacientes, cuidadores y terapeutas el día del ingreso y del alta. Se calcularon medias y desviación estándar. Para comparar la puntuación de HoNOSCA en dos tiempos (al ingreso y día de alta) se utilizó la prueba t pareada.

Resultados

La muestra incluyó 35 pacientes con una edad media de 14.08 (d.e. 2,04) y 59,03% de mujeres. La estancia media de ingreso fue de 24.87 días (desviación estándar 13,33). Más del 65% de los pacientes presentaban ideación o intento autolítico al ingreso. El 64,3% y 60,7% de la muestra habían sufrido abuso y negligencia emocional, respectivamente.
No hubo diferencias significativas entre las puntuaciones de pacientes, cuidadores y terapeutas en el HoNOSCA. Se observó una disminución significativa de la severidad clínica (pacientes $t=4,27$, $p<0,01$; cuidadores $t=2,68$, $p=0,007$; terapeutas $t=5,65$, $p<0,01$).

Conclusiones

Hubo una disminución de los síntomas presentes al ingreso según el HoNOSCA. Es preciso continuar investigando para valorar los resultados del tratamiento a largo plazo.

Referencias

1. Graf D, Lerch S, Böhnke U, Reichl C, Kindler J, Koenig J, et al. Treatment outcome of an intensive psychiatric home treatment for children and adolescents: a non-randomized controlled pilot evaluation. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2023;32(4):685–95.
2. Muskens JB, Herpers PCM, Hilderink C, van Deurzen PAM, Buitelaar JK, Staal WG. Intensive home treatment for adolescents in psychiatric crisis. BMC Psychiatry. 2019;19(1).

P22 ASOCIACIÓN ENTRE COCIENTE INTELECTUAL Y ESTRUCTURA CORTICAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES HIJOS DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA O TRASTORNO BIPOLAR

AUTORES: Camprodon Boadas, Patricia[1]; Ortuño, Maria[1]; Baeza, Inmaculada[2,3]; De la Serna, Elena[3]; Castro-Fornieles, Josefina[2,3]; Sugranyes, Gisela[2,3]

[1] Fund de Recerca Clínic Barcelona-Institut D´Investigacions Biomèdiques August Pi I Sunyer (IDIBAPS)
[2] Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, Institut Clinic de Neurociències, Hospital Clínic Universitari de Barcelona
[3] Centro De Investigación Biomédica En Red De Salud Mental (CIBERSAM)

Introducción

Estudios previos han demostrado consistentemente una correlación positiva significativa entre el cociente intelectual (CI) y medidas de neuroimagen cortical, en poblaciones sanas tanto adultas como pediátricas. Este estudio tiene como objetivo analizar la relación entre el CI y las medidas de imagen cerebral estructural cortical, específicamente el volumen de sustancia gris (VSG) y el área de superficie cortical (AS), en una muestra de hijos de pacientes con trastorno bipolar (HPTB), esquizofrenia (HPE) e hijos de controles comunitarios (HC).

Metodología

El estudio incluyó un total de 403 adquisiciones, que incluyeron evaluaciones longitudinales de 51 HPE, 84 HPTB y 86 HC en diferentes momentos. Los participantes fueron emparejados por edad y sexo. Todos completaron una evaluación de CI utilizando la Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños o Adultos según la edad y se sometieron a una resonancia magnética estructural en un escáner de 3 Tesla. Se aplicó una reconstrucción de la superficie cortical para medir el VSG y el AS para cada lóbulo cortical. Se realizaron modelos mixtos de regresión lineal multinivel, con medidas estructurales corticales como variable dependiente, e incluyendo grupo, CI, interacción CI x grupo, edad, sexo y volumen intracraneal total como factores fijos. Además, se incluyeron efectos aleatorios por parentesco familiar (considerandos sujetos que eran hermanos) y el código de sujeto (considerando el número de evaluaciones).

Resultados

No se observaron diferencias significativas en edad o sexo entre los grupos. El grupo HPE mostró un CI significativamente más bajo ($F = 22{,}636$; $p < 0{,}001$) en comparación con los grupos HPTB ($p < 0{,}001$) y HC ($p < 0{,}001$). No se observaron diferencias en CI entre los grupos HPTB y CC. El CI tuvo un efecto en el VSG ($F = 5{,}781$; $p = 0{,}017$) y el AS ($F = 11{,}650$; $p = 0{,}001$) del lóbulo frontal izquierdo, en el AS del lóbulo frontal derecho ($F = 9{,}508$; $p = 0{,}002$), en el VSG de la ínsula izquierda ($F = 4{,}818$; $p = 0{,}029$) y derecha ($F = 5{,}024$; $p = 0{,}026$), y en el VSG ($F = 4{,}847$; $p = 0{,}028$) y AS ($F = 6{,}896$; $p = 0{,}009$) del lóbulo temporal derecho. También se halló una interacción CI x grupo significativa en el VSG ($F = 3{,}929$; $p = 0{,}021$) y en el AS ($F = 3{,}354$; $p = 0{,}036$) del lóbulo cingulado derecho y en el VSG ($F = 3{,}238$; $p = 0{,}040$) y el AS $F = 3{,}462$; $p = 0{,}033$) del lóbulo parietal derecho. Sin embargo, las comparaciones por pares posteriores no revelaron diferencias significativas entre los grupos en estas interacciones.

Conclusiones

Nuestros hallazgos sugieren que el CI puede tener un efecto significativo en algunas estructuras corticales de niños y adolescentes en riesgo familiar de esquizofrenia o trastorno bipolar. Estos resultados tienen el potencial de establecer intervenciones personalizadas dirigidas a los cambios estructurales cerebrales que caracterizan a la juventud con alto riesgo genético de psicosis.

Financiamiento

Este estudio ha sido financiado por el Instituto de Salud Carlos III cofinanciado por la UE (PI1800976, PI2100330, PI2100519), y por la subvención de la Unión Europea ID 101057529 y la Fundación Alicia Koplowitz, CIBERSAM y 2021 SGR 01319.

P23 PROGRAMA INFANTOJUVENIL DE INTERVENCIÓN EN CRISIS: PERFIL SOCIAL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS

AUTORES: Bogunyà Sánchez, Mireia[1]; Egea Tarazaga, Susana[1]; Marín López, Amanda[1]; Sastre Rodríguez, Laia[1]; García Nicolás, Marta[1]; Romero, Laura[1]; Pujol Serra, Susana[1]; Esteve Cerdà, Marina[1]; Cortés Daza, Ester[1]; Pàmias Massana, Montserrat[1]

[1] Consorci Parc Taulí

Introducción

Para poder realizar una adecuada atención integral en salud mental infanto-juvenil, resulta esencial no sólo un abordaje clínico sino también un análisis e intervención de los factores sociales que modulan la clínica y evolución que presentan los pacientes (1). Este marco global de referencia y actuación integral resulta clave en la intervención que se realiza en el ámbito domiciliario desde el Programa CRISIS del CSMIJ del hospital Parc Taulí, formado por un equipo multidisciplinar. El objetivo es presentar la valoración social realizada a los pacientes atendidos en el programa durante el año 2023.

Metodología

El instrumento elegido para la valoración social de los pacientes atendidos en el Programa CRISIS fue la Escala TIRS. Se trata de un cuestionario heteroadministrado que evalúa 6 indicadores de riesgo social como son: el soporte personal y familiar, la existencia de conflictos familiares, capacidad para asumir la responsabilidad que requiere la persona, condiciones de higiene personal, el estado de la vivienda y las dificultades socioeconómicas. Un único ítem positivo puntúa para riesgo social (2). Esta escala se aplicó en una muestra de 80 menores que fueron atendidos en el programa durante 6 meses.

Resultados

Según la Escala TIRS, un 77,5 % de los pacientes presentaban riesgo social (1 o más indicadores positivos). De estos, un 40,32% presentaba 3 o más indicadores de riesgo, interfiriendo de manera significativa en el funcionamiento de los pacientes.

Conclusiones

La Escala TIRS resulta de fácil y rápida administración. No obstante, cabe señalar su brevedad, el amplio margen en la interpretación subjetiva de las preguntas y su baja especificidad.

La alta prevalencia de pacientes con indicadores positivos de riesgo social enfatiza la interrelación entre determinantes sociales y salud mental. Ello, además, pone de manifiesto la importancia de la intervención de los agentes sociales para contribuir a una mejor atención en salud mental, según el modelo biopsicosocial.

Referencias

1. Allen J, Balfour R, Bell R, Marmot M. Social determinants of mental health. Int Rev Psychiatry. 2014;26(4):392–407. https://doi.org/10.3109/09540261.2014.928270.
2. Institut Català de la Salut. El Treball social sanitari en l'atenció al pacient crònic. Document de metodologia de procés. 2013; p.122. Disponible en: http://treballsocialsanitariics.files.wordpress.com/2015/11/el-treball-social-sanitari-en-latencic3b3-al-pacient-crc3b2nic-document-de-metodologia-de-procc3a9s-2013-ics.pd

P24 DIFERENCIAS EN NEUROIMAGEN CORTICAL EN HIJOS DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR: PERSPECTIVAS DESDE UN ANÁLISIS ESTRATIFICADO POR EL COCIENTE INTELECTUAL

AUTORES: Camprodon Boadas, Patricia[1]; Ortuño, Maria[1]; De la Serna, Elena[2]; Baeza, Inmaculada[3]; Castro-Fornieles, Josefina[3]; Sugranyes, Gisela[3]

[1] Fundació de Recerca Clínic Barcelona-Institut D´Investigacions Biomèdiques August Pi I Sunyer (IDIBAPS)
[2] Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM)
[3] Department of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology, Institut Clinic se Neurociències, Hospital Clínic Universitari

Introducción
Estudios previos no han logrado identificar diferencias globales en medidas de neuroimagen cortical entre los hijos de pacientes con trastorno bipolar (HPTB) y controles. El presente estudio tuvo como objetivo analizar medidas de neuroimagen estructural en una muestra de HPTB, subdivididos en tres grupos según su cociente intelectual (CI; alto, medio o bajo).

Metodología
El estudio incluyó un total de 404 adquisiciones, 10 HPTB con un CI bajo, con una puntuación menor a 90 (HPTB-B), 75 HPTB con un CI medio (HPTB-M) con puntuaciones entre 90 y 110, 55 HPTB con un CI alto (HPTB-A), con una puntuación superior a 110, y 85 hijos de controles comunitarios (HC), evaluados en diferentes momentos temporales. Todos los participantes completaron una evaluación de CI utilizando el WISC o WAIS en función de la edad y se sometieron a una resonancia magnética estructural en un escáner 3Tesla. Se realizaron modelos mixtos de regresión lineal multinivel, con medidas estructurales corticales como variable dependiente, e incluyendo grupo, edad, sexo y volumen intracraneal total como factores fijos. Además, se incluyeron efectos aleatorios por parentesco familiar y el código de sujeto.

Resultados
Se encontraron diferencias significativas entre grupos en el VSG cortical en el lóbulo frontal izquierdo (F=2,742; p=0,043). Se identificaron diferencias en el VSG cortical en el lóbulo temporal izquierdo (F=3,781; p=0,011), donde el grupo HC mostró niveles más altos que HPTB-B (p = 0,050). También se observaron efectos significativos del grupo en el AS del lóbulo frontal izquierdo (F=3,779; p=0,011), con el grupo HPTB-M mostrando niveles más bajos que el grupo HPTB-A (p=0,031) y HC (p=0,041), y en el lóbulo temporal derecho (F=3,543; p=0,015), con el grupo HPTB-M exhibiendo niveles más bajos que el grupo HC (p=0,046).

Conclusiones
Nuestro estudio reveló diferencias significativas en las regiones estructurales corticales al clasificar a los hijos de pacientes con trastorno bipolar según su CI. La inclusión de variables adicionales, como el funcionamiento cognitivo o la presencia de psicopatología, será fundamental para comprender de manera integral la diversidad en esta población.

Financiamiento
Este estudio ha sido financiado por el Instituto de Salud Carlos III cofinanciado por la UE (PI1800976, PI2100330, PI2100519), y por la subvención de la Unión Europea ID 101057529 y la Fundación Alicia Koplowitz, CIBERSAM y 2021 SGR 01319.

P25 PREVALENCIA Y CORRELACIÓN DE CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES CON TRASTORNO BIPOLAR

AUTORES: Vicente Sánchez, Miguel[1]; Sánchez López, María[2]; Álvarez Pérez, Helena[3]; Herrero Rocco, Ailin Araceli[3]; Cesari Burch, Eduard[3]; Romero, Soledad[3]; Asín Díaz, Daniel[4]

[1] Departamento de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, Intituto de Neurociencias, Clínic Barcelona, Barcelona, Cataluña, España
[2] Departamento de Psiquiatría y Psicología, Bellvitge Barcelona, Barcelona, Cataluña, España
[3] Departamento de Psiquiatría y Psicología, Instituto De Neurociencias, Clínic Barcelona, Barcelona, Cataluña, España
[4] Departamento de Neurología, Instituto de Neurociencias, Clínic Barcelona, Barcelona, Cataluña, España

Introducción

El diagnóstico del trastorno bipolar (TB) durante la adolescencia supone un reto. Los síntomas aparecen durante la adolescencia temprana, a menudo con síntomas subsindrómicos depresivos o hipomaníacos, inestabilidad del estado de ánimo y características mixtas. Los estudios en adolescentes con TB han demostrado altas tasas de morbilidad, abuso de sustancias, deterioro funcional y tendencias suicidas.

Metodología

Se reclutaron 47 adolescentes, de 12 a 19 años, que cumplían con los criterios del DSM-5 para BD-I (n=40) y BD-II (n=7) entre 2012 y 2016 en el Departamento de Psiquiatría Infantil y Adolescente del Hospital Clínico de Barcelona, España. Los participantes fueron evaluados mediante el KSADS-PL y una batería de pruebas que miden el estado de ánimo y los síntomas psicóticos, los acontecimientos vitales y el funcionamiento.

Resultados

De los 47 adolescentes, 15 (32%) informaron haber intentado suicidarse al menos una vez a lo largo de su vida. No hubo diferencias significativas en los factores sociodemográficos entre los que lo intentaron y los que no lo intentaron.
En comparación con los que no lo intentaron, los adolescentes con TB con intento de suicidio tenían más probabilidades de tener: bajo peso al nacer, trastorno alimenticio comórbido, autolesiones, mayor sintomatología depresiva y ansiosa, aumento de eventos vitales estresantes, antecedentes familiares de suicidio de segundo grado (intento/consumado).

Conclusiones

Un tercio (32%) de los adolescentes con trastorno bipolar ha intentado suicidarse. Esta tasa de prevalencia es la misma que se describe en la literatura sobre TB en adultos y niños y en todos los países.
Los antecedentes de intentos de suicidio se asociaron significativamente con conductas de autolesión, mayor número de eventos vitales estresantes y antecedentes familiares de suicidio de segundo grado (consumado o intento).
No se encontró correlación con la edad, el sexo femenino, el subtipo bipolar, el trastorno por uso de sustancias o los síntomas psicóticos.

Referencias

1. Birmaher B, Axelson D, Strober M, Gill MK, Valeri S, Chiappetta L, et al. Clinical Course of Children and Adolescents With Bipolar Spectrum Disorders. Archives of General Psychiatry. 2006 Feb 1;63(2):175.
2. De Crescenzo F, Serra G, Maisto F, Uchida M, Woodworth H, Casini MP, et al. Suicide Attempts in Juvenile Bipolar Versus Major Depressive Disorders: Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of the American Academy of Child - Adolescent Psychiatry. 2017 Oct;56(10):825-831.e3.

P26 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE INFANTO-JUVENIL EN LOS PRIMEROS 21 MESES DE APERTURA

AUTORES: MOLINS, BLANCA[1]; Cozar Ortiz, Jose David[1]; Suárez Guinea, Rebeca[1]; Ruiz García, Patricia[1]; Plaza Yuste, María[1]; Presa Garcia, Marta Esperanza[1]

[1] HCD Gómez-Ulla

Introducción

La asistencia a la población infanto-juvenil en servicios de Salud Mental ha incrementado de manera brusca, por lo que las unidades de hospitalización infanto-juvenil están en continuo auge para cubrir la demanda asistencial en dicha población.
Por esta razón, el Servicio de Psiquiatría del Hospital Central de la Defensa Gómez-Ulla, centro hospitalario de la Comunidad de Madrid perteneciente al área 16, inauguró en Marzo de 2022 la Unidad de Adolescentes. Se trata de una Unidad de Hospitalización Breve para pacientes entre 12 y 17 años, que además ofrece un servicio de apoyo asistencial a las distintas zonas de la Comunidad de Madrid.
Presentamos un estudio descriptivo del perfil de los pacientes adolescentes ingresados durante el primer año de funcionamiento de la Unidad. Se pretende evaluar el trastorno más prevalente y factores ambientales influyentes.

Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo de una muestra de 175 adolescentes. Se trata de pacientes ingresados en la nueva Unidad de Adolescentes del HCD Gómez-Ulla desde el 16-03-22 al 31-12-23. Se describe sexo, edad, conflicto familiar, padres separados, consumo de tóxicos, existencia de problemática social, diagnóstico al alta y presencia de intento autolítico. Para obtener los resultados se utilizó el paquete SPSS®.

Resultados

Casi el 85% presentaron alteración afectiva/emocional y/o conductual como diagnóstico al alta. En más del 55% de pacientes existe conflictiva familiar, casi 60% tienen padres separados. En el 25% existe problemática social. Solo un 10% de los ingresos presentaron consumo perjudicial de tóxicos. Un total de 20 pacientes realizaron un intento autolítico.

Conclusiones

Las características de los adolescentes ingresados así como los posibles factores influyentes en el trastorno psiquiátrico permiten conocer las necesidades específicas de abordaje e intervención en pacientes y familiares. Se podrían plantear programas de prevención si existen antecedentes de situación familiar desestructurada.

P27 TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN Y PRESENCIA DE CONFLICTO FAMILIAR: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE INFANTO-JUVENIL EN EL PRIMER AÑO DE APERTURA

AUTORES: MOLINS, BLANCA[1]; Cózar Ortiz, Jose David[1]; Suarez Guinea, Rebeca[1]

[1] HCD Gómez-Ulla

Introducción
En este estudio se investiga la relación entre la duración de la hospitalización de los pacientes y la presencia de conflictos familiares. La presencia de conflictivo familiar pueden ser un factor de riesgo para la salud mental de los pacientes, y podría además afectar la duración de su estancia hospitalaria. El objetivo principal es determinar si existe una asociación significativa entre la presencia de conflictos familiares y la duración de la hospitalización.

Metodología
Estudio descriptivo retrospectivo de una muestra de 120 adolescentes. Se trata de pacientes ingresados en la nueva Unidad de Adolescentes del HCD Gómez-Ulla desde el 16-03-22 al 31-03-23. Se registraron el número de días de ingreso de cada paciente y se evaluó la presencia o ausencia de conflictos familiares. (Definiendo CF: repercusión emocional o conductual directo en el paciente y CF mayor a 1 año de duración). Para obtener los resultados se utilizó el paquete SPSS.

Resultados
Los resultados muestran que la estancia media de los pacientes en la unidad hospitalaria fue de 17,13 días. Se observó que aquellos pacientes cuyos ingresos estuvieron acompañados de conflictos familiares presentaron una estancia media superior en comparación con aquellos sin conflictos. Sin embargo, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de conflictos familiares y la duración de la hospitalización.

Conclusiones
Los resultados sugieren, además, que otros factores pueden estar influyendo en la duración de la estancia hospitalaria, y se necesitarían estudios adicionales.
La presencia de conflicto familiar puede ser un factor que contribuya a la prolongación del ingreso hospitalario. Por lo tanto, es fundamental tener en cuenta la situación familiar de los pacientes durante su atención hospitalaria y la evaluación de la dinámica familiar como parte integral de la atención médica.

P28 PROGRAMAS TERAPÉUTICOS INDIVIDUALIZADOS EN UNA UNIDAD DE INGRESO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

AUTORES: Varela Casal, Paloma[1]; Davi Loscos, Eva[1]; Sardañes, Josep[1]; Forns Nadal, Mireia[1]

[1] Hospital Mataró

Introducción

En los últimos años han aumentado un 47% las urgencias pediátricas por trastornos mentales, llegando a cuadriplicarse los ingresos por dichos trastornos (1).

La URPIJ (Unidad de Referencia de Psiquiatría Infanto-Juvenil) del Hospital de Mataró ha registrado un aumento del 24% de las hospitalizaciones desde 2019 a 2022 y en 2023 ha continuado con aumento del 19,61% respecto al año previo destacando un predominio de diagnósticos de Trastorno del Espectro Autista, Trastornos adaptativos del estado de ánimo y Trastornos Depresivos Mayores, con conductas autolesivas e ideas suicidas. Para poder atender mejor este aumento se han implementado nuevas líneas terapéuticas, aplicando protocolos específicos generados por el equipo.

Metodología

1. Protocolo de observación: Describe el tipo de conductas de riesgo , definiendo las herramientas necesarias para revertirla, usando un protocolo más intenso de observación revisable .
2. Protocolo de observación por riesgo de conducta imprevisible (ORCI): En usuarios con riesgo de agitación o alteración de conducta para minimizar conductas.
   Protocolo de observación por riesgo autolítico (ORA): empleado en usuarios con ideas de muerte o autolisis.
3. Jornada de reflexión interna (JRI): Aislamiento del usuario 24h en habitación ante alteraciones de conducta inapropiadas. El objetivo principal es propiciar la reflexión en un ambiente tranquilo y de confort. Durante esta estancia en habitación se realiza intervención para canalizar las emociones, escucha activa y redirección de las conductas.
4. Fases de la pirámide: En caso de alteraciones de conducta más graves y se procederá a recuperar los privilegios habituales de la URPIJ cada 48h, en función de la buena conducta.

Resultados

La implementación de esta nueva línea terapéuticas en la URPIJ nos ha ayudado a mejorar la calidad asistencial de los usuarios y personalizar el tratamiento, mejorando así su estancia y evolución. Se presentarán los resultados en el congreso.

Conclusiones

La implementación de esta nueva línea terapéuticas en la URPIJ nos ha ayudado a mejorar la calidad asistencial de los usuarios y personalizar el tratamiento, mejorando así su estancia y evolución.

Referencias

1. Asociación Española de Pediatría. Comunicado del Grupo de Trabajo Multidisciplinar sobre Salud Mental en la Infancia y Adolescencia [Internet]. Aeped. 2022.
2. Lynch L, Moorhead A, Long M, Hawthorne-Steele I. What type of helping relationship do young people need? Engaging and maintaining young people in mental health care - A narrative review. Youth Soc. 2021;53(8):1376–99. http://dx.doi.org/10.1177/0044118x20902786

P29 PROGRAMAS DE TRANSICIÓN PARA ADOLESCENTES Y ESTADOS MENTALES DE ALTO RIESGO PARA PSICOSIS. DESCRIPCIÓN DE UN PROGRAMA PIONERO Y ANÁLISIS DE LOS USUARIOS ATENDIDOS

AUTORES: Esclapez Martínez, Francisco[1]; Pardo González, Carla[1]; Monedero Carrasco, Llanos[1]; Navalón Rodríguez, Pablo[1]

[1] Hospital Universitario y Politécnico la Fe

Introducción

Los trastornos psicóticos implican un gran deterioro funcional en la juventud. Con objetivo de intervenir precozmente, se definieron los estados mentales de alto riesgo para psicosis (EMAR), basados en criterios clínicos validados que aumentan el riesgo de sufrir trastornos psicóticos. Dado que el diagnóstico de EMAR se realiza frecuentemente en la adolescencia, este paradigma es útil en la implementación de dispositivos de prevención e intervención precoz en Salud Mental Infanto-Juvenil y en programas de transición (1). Sin embargo, estos programas no están totalmente establecidos en España, por lo que es importante describir las características de los servicios pioneros que incorporan este enfoque. El objetivo de este estudio es analizar clínica y sociodemográficamente a los pacientes atendidos en un programa de transición entre Salud Mental infanto-juvenil y de adultos específico para jóvenes EMAR.

Metodología

Se describen las características de la Consulta de Alto Riesgo de Adolescentes del Hospital La Fe (Valencia). Se realiza también un análisis descriptivo de los resultados clínicos y sociodemográficos de 40 pacientes (15-18 años) atendidos durante 2023, en base a la entrevista estructurada de admisión en el programa.

Resultados

Se ha encontrado una mayor representación de varones (55%) y del grupo clínico de síndrome de síntomas psicóticos atenuados (72%). Los principales síntomas de derivación fueron psicóticos (40%) y afectivos (35%). Los trastornos comórbidos y el deterioro de funcionamiento y rendimiento académico fueron altamente prevalentes, así como los antecedentes familiares de salud mental, los antecedentes obstétricos o el retraso en los hitos del desarrollo. Se detectó un consumo de tabaco, alcohol y cannabis del 15, 27 y del 15%, respectivamente.

Conclusiones

Las características de nuestra muestra son similares a estudios previos con pacientes similares (1). La atención específica a adolescentes EMAR en programas de transición podría favorecer la prevención e intervención precoz en psicosis.

Financiamiento

AYUDA A LA INVESTIGACIÓN AEPNYA 2023 - Marcas epigenéticas asociadas a fases iniciales de psicosis en adolescentes con estados mentales de alto riesgo. Estudio de seguimiento a 2 años "Contrato Juan Rodés (JR22/00030) - Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Ciencia e Innovación

Referencias

1. Catalan A, Salazar de Pablo G, Vaquerizo Serrano J, Mosillo P, Baldwin H, Fernández Rivas A, et al. Annual Research Review: Prevention of psychosis in adolescents - systematic review and meta-analysis of advances in detection, prognosis and intervention. J Child Psychol Psychiatry 2021; 62:657–73. https://doi.org/10.1111/JCPP.13322.

P30 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A MAYOR GRAVEDAD CLÍNICA EN UN PROGRAMA DE TRANSICIÓN PARA ADOLESCENTES ESPECÍFICO DE ESTADOS MENTALES DE ALTO RIESGO PARA PSICOSIS

AUTORES: Esclapez Martínez, Francisco[1]; Pardo González, Carla [1]; Monedero Carrasco, Llanos[1]; Navalón Rodríguez, Pablo[1]

[1] Hospital Universitario y Politécnico la Fe

Introducción

Los estados mentales de alto riesgo para psicosis (EMAR) se basan en criterios clínicos que aumentan el riesgo de sufrir trastornos psicóticos. El diagnóstico de EMAR suele realizarse en la adolescencia o en la adultez temprana, dado que los trastornos psicóticos debutan con frecuencia en esta franja etaria. Por ello, la aplicación del paradigma EMAR es útil en la implementación de dispositivos de prevención e intervención precoz en la adolescencia, en particular, en programas de transición de servicios de Salud Mental infanto-juvenil a adultos. Junto a los factores biológicos y psicopatológicos, los factores sociales, familiares y demográficos son predictores importantes de evolución clínica, por lo que es crucial estudiarlos de forma exhaustiva. El presente estudio pretende analizar qué factores sociodemográficos están relacionados con las características clínicas de pacientes atendidos en un programa de transición entre Salud Mental infanto-juvenil y de adultos específica para jóvenes EMAR.

Metodología

Entrevista estructurada a 40 pacientes de entre 15 y 18 años en el momento de admisión a la Consulta de Alto Riesgo de Adolescentes del Hospital La Fe (Valencia) durante el año 2023. Se realiza un análisis de asociación entre variables clínicas y sociodemográficas recogidos en dicha entrevista.

Resultados

Se han encontrado asociaciones significativas ($p < 0,01$) en la expresión sintomática en función del género, con una mayor prevalencia de síntomas negativos en varones. Las minorías étnicas originarias de países africanos presentan más experiencias autorreferenciales y sintomatología psicótica positiva en general. Ser hijo único es una condición que se asocia a mayor gravedad clínica y mayor psicopatología general.

Conclusiones

Las diferencias en la expresión clínica en función de variables sociodemográficas son similares a estudios previos (1,2). Es importante analizar los factores biopsicosociales para adaptar y mejorar las intervención preventivas en base a las necesidades específicas de los pacientes.

Financiamiento

AYUDA A LA INVESTIGACIÓN AEPNYA 2023 - Marcas epigenéticas asociadas a fases iniciales de psicosis en adolescentes con estados mentales de alto riesgo. Estudio de seguimiento a 2 años. Contrato Juan Rodés (JR22/00030) - Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Ciencia e Innovación

Referencias

1. Henssler J, Brandt L, Müller M, Liu S, Montag C, Sterzer P, et al. Migration and schizophrenia: meta-analysis and explanatory framework. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2020;270:325–35. https://doi.org/10.1007/S00406-019-01028-7.
2. Rietschel L, Lambert M, Karow A, Zink M, Müller H, Heinz A, et al. Clinical high risk for psychosis: gender differences in symptoms and social functioning. Early Interv Psychiatry 2017;11:306–13. https://doi.org/10.1111/EIP.12240.

P31 PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA CRISIS INFANTIL Y JUVENIL: EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN INTENSIVA COMUNITARIA

AUTORES: García Acuña, Marta[1]; Dote Vaca, Mireia[1]; Illera Pedrosa, Sara[1]; Gil Nuñez, Pau[1]; Valls Vargas, María[1]; Mirete Serrat, Mariona[1]; Tortades Arumi, Ingrid[1]

[1] CSMIJ de Granollers, Servicio de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona

Introducción

El Programa de atención a la crisis infantil y juvenil en salud mental es una alternativa asistencial de ámbito comunitario para personas con sospecha o confirmación diagnóstica de trastorno mental y complejidad social asociada que presentan dificultades para ser atendidas en los servicios de salud mental ambulatorios. El programa de atención a la crisis facilita la atención y tratamiento especializados continuados en el domicilio y en la comunidad atendiendo los aspectos psicosociales individuales y familiares mediante un equipo intredisciplinar (1). Se trata de una intervención breve de elevada intensidad enfocada en la recuperación de la funcionalidad, en la que intervienen principalmente educación social, terapia ocupacional, enfermería y trabajo social.

Metodología

A fin de describir las características de los pacientes atendidos en el programa y evaluar la eficacia de éste, se recogieron las características clínicas y sociodemográficas de todos los pacientes atendidos en el programa durante 2023. Se valoró la evolución mediante las escalas Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA) y Children's Global Assessment Scale (CGAS) administradas por el profesional derivante antes y después de la participación en el programa.

Resultados

Fueron atendidos 19 pacientes (68,4% varones, edad media 14,7 (DS 1,6)) con diagnóstico de TEA (52,6%), Tr depresivo (15,8%), Tr Conducta (10,5%), TDAH (10,5%), TEPT (5,3%) y Fobia social (5,3%). La estancia media en el programa fue de 55 días (DS 12,4). Los cambios en HoNOSCA y CGAS fueron evaluados mediante la Prueba T de Student de comparación para datos emparejados con los siguientes resultados: HoNOSCA: media -4,1 (IC 95% -8,2- 0,1), t=-2,0, p=0,057 (n.s.), CGAS: media 9,6 (IC 95% 4,9-14,4) t=4,3 p=0,000***

Conclusiones

El programa de atención a la crisis logra mejorar el funcionamiento global de los menores atendidos mediante una intervención breve, intensiva, holística y multidisciplinar. Su efecto sobre los problemas clínicos es más modesto. Al tratarse de un programa de reciente implementación, se requerirá de mayor estudio y seguimiento.

Referencias

1. Programa d'atenció a la crisi infantil i juvenil en salut mental a Catalunya. Pla director de salut mental i addiccions. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 2022

P32 ASOCIACIÓN DE LA DURACIÓN DE LA PSICOSIS NO TRATADA CON EL RENDIMIENTO EN FUNCIONES EJECUTIVAS DESPUÉS DE 5 AÑOS DEL DIAGNÓSTICO DE UNA PSICOSIS DE INICIO TEMPRANO

AUTORES: Baeza Pertegaz, Inmaculada[1]; Camprodon-Boadas, Patricia[2]; Sugranyes Ernest, Gisela[3]; Ilzarbe Simorte, Daniel[4]; Fortea González, Adriana[4]; Tosetti, Yamila Belén[2]; Castro-Fornieles, Josefina[4]; De la Serna Gómez, Elena[5]

[1] Hospital Clinic de Barcelona
[2] FRCB-IDIBAPS
[3] Hospital Clínic de Barcelona-FRCB-DIBAPS
[4] Hospital Clínic de Barcelona
[5] CIBERSAM

Introducción

En la psicosis, la edad de inicio puede dar patrones específicos de alteraciones cognitivas, siendo en el inicio temprano (PIT, antes de los 18 años) mayores que en el inicio adulto en los primeros meses. La duración de la psicosis sin tratar (DUP) es mayor en PIT que en inicio en el adulto. Meta-análisis no han hallado relación entre DUP y cognición, pero las muestras son de psicosis de inicio en el adulto.
Objetivo: estudiar la relación de la DUP y el rendimiento cognitivo 5 años después del diagnóstico de PIT.

Metodología

Estudio longitudinal de pacientes con PIT y controles, con una evaluación a los 5 años del diagnóstico. A nivel basal se midió la DUP en días y a los 5 años se realizó una evaluación clínica y cognitiva, incluyendo inteligencia, memoria verbal, memoria de trabajo, atención y funciones ejecutivas.

Resultados

Se incluyeron 34 pacientes PIT y 31 controles. Basalmente, no se observaron diferencias en edad (PIT: 15,8±1,8 vs. Controles: 15.3±1.4 años, t=1,301, p=0,197) ni sexo (PIT: 70 vs controles: 60.8% varones, χ^2=0,835, p=0,386). Tanto a nivel basal como a los 5 años los pacientes tuvieron un peor rendimiento cognitivo que los controles en todos los dominios.
La DUP media en los pacientes con esquizofrenia (67,6%) fue de 60,2±59,4 días mientras que en los pacientes con trastorno bipolar (32,4%) fue de 35.9±30.8 días, sin diferencias significativas (t=1,065, p=0,300). Al dividir la muestra entre aquellos pacientes con DUP larga (media 1 DS) para cada diagnóstico, 25% de la muestra tenía una DUP larga. Los pacientes con una DUP larga presentaban peor rendimiento en funciones ejecutivas que el resto de PIT (t=2.460, p=0.024), sin diferencias significativas en el resto de dominios cognitivos.

Conclusiones

Las funciones ejecutivas están más afectadas en los pacientes PIT que tuvieron una DUP larga a los 5 años del diagnóstico, sugiriendo un posible efecto neurotóxico de la DUP a largo plazo. Es importante estudiar el efecto de la DUP a largo plazo en la cognición y analizar su impacto así como tratar de reducir la DUP, identificando y tratando a los pacientes PIT lo antes posible.

Financiamiento

Este estudio ha sido financiado por una beca de la Fundación Alicia Koplowitz otorgada en 2022 y FIS PI20/00654 del ISCIII.

P33 RELACIÓN ENTRE LOS PUNTAJES EN LAS SUBESCALAS DEL CUESTIONARIO MASC Y EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN UNA MUESTRA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN ESPAÑA

AUTORES: Chavarría Martínez, Edgar Andrés[1]; Parada Valencia, María Fernanda[1]; Vidal Adroher, Cristina[1]; Vallejo Valdivielso, Maria[1]; Maestro Martín, Cristina[1]; Díez Suárez, Azucena[1]; Canga Espina, Covadonga[1]

[1] Clínica Universidad de Navarra

Introducción

La ansiedad es uno de los síntomas psiquiátricos más frecuentes en niños y adolescentes. El objetivo del estudio es describir la prevalencia de trastornos de ansiedad en una muestra clínica y la posible relación de las puntuaciones del MASC (Multidimensional Anxiety Scale for Children) con los distintos trastornos de ansiedad.

Metodología

Estudio descriptivo y retrospectivo. Se excluyeron pacientes con discapacidad intelectual. Se recogieron como variables: sexo, diagnóstico (CIE-11), puntuaciones en subescalas de MASC y CGI (Clinical Global Impression).

Resultados

Contamos con 1024 pacientes (DE 12+- 4.028). El diagnóstico más frecuente fue el de Trastorno no especificado (47%). Las mujeres presentaron mayor prevalencia de los distintos trastornos de ansiedad ($p< 0.05$), y mayor puntuación de las subescalas del MASC. La edad se correlacionó directamente con todas las subescalas, excepto ansiedad por separación ($r=-0.0079$). Se objetivó que la probabilidad de presentar trastorno de ansiedad social (OR=1.08) y por separación (OR=1.05) aumenta progresivamente a mayor puntuación de la subescala correspondiente (OR=1.08), mientras que disminuye en el caso de fobia simple con el aumento de puntuación de todas las subescalas.

Conclusiones

El trastorno de ansiedad por separación es el más prevalente entre niños, la ansiedad social lo es entre adolescentes. Sin estratificar por edades, en nuestra muestra, el trastorno de ansiedad por separación fue el diagnóstico más frecuente. Las subescalas del MASC podrían tener una implicación diagnóstica, dado que la probabilidad diagnóstica de ansiedad social o por separación aumenta a mayor puntaje en las subescalas correspondientes. La menor probabilidad de fobia simple a mayor puntaje en las subescalas puede tener relación con la mayor probabilidad de otro trastorno de ansiedad y la ausencia de ítems para miedos específicos.

Referencias

1. La Maison C, Munhoz TN, Santos IS, Anselmi L, Barros FC, et al. Prevalence and risk factors of psychiatric disorders in early adolescence: 2004 pelotas (Brazil) birth cohort. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2018, 53 (7), 685–697. https://doi.org/10.1007/s00127-018-1516-z.
2. Lawrence D, Johnson S, Hafekost J, Boterhoven De Haan K, Sawyer MG, Ainley J, et al. The mental health of children and adolescents. Report on the second Australian child and adolescent survey of mental health and wellbeing. Department of Health. 2015.

P34 ATENCIÓN EN URGENCIAS HOSPITALARIAS DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL EN MENORES DE 12 AÑOS. ¿QUÉ NOS DEPARAN LOS PRÓXIMOS AÑOS?

AUTORES: Fernández Muñiz, Clara[1]; Gutiérrez Priego, Silvia[1]; Calleja de León, Ana[1]; González Álvarez, Sara[1]; Faya Barrios, Mar[1]; Graell Berna, Montserrat[1]

[1] Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

Introducción

En los últimos años, las urgencias relacionadas con la salud mental infanto-juvenil se han visto incrementadas de forma significativa, siendo especialmente notable el incremento de pacientes menores de 12 años que acuden al servicio de urgencias, así como el posterior impacto en las salas de hospitalización.

Metodología

Se realiza un estudio observacional descriptivo y retrospectivo de los pacientes que acudieron al servicio de urgencias por motivos de salud mental entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2023. Se obtuvieron datos sociodemográficos, clínicos y de gestión.

Resultados

En el año 2018 fueron atendidos en el servicio de urgencias un total de 1263 pacientes por motivos de salud mental, de los cuales requirieron ingreso 87 pacientes menores de 12 años (representando un porcentaje sobre el total de los ingresos de un 22,5%). Comparando con el año 2021, se produce un aumento del 63,5% en el número de asistencias al servicio de urgencias con un total de 2066 atenciones urgentes de las cuales 128 pacientes necesitaron ingreso hospitalario. De forma global las mujeres acuden más al servicio de urgencias (en 2022 un 56'9% y en 2023 un 55'69%). Si bien el 2023 se observa un descenso en el global de las urgencias de psiquiatría, es notable el aumento de 6 puntos porcentuales (pasando del 30,7% en 2022 al 36,7% en 2023) en la franja de edad de menores de 12 años, respecto al total de urgencias. Los principales motivos de consulta en el servicio de urgencias en los menores de 12 años en los últimos dos años (2022 y 2023) han sido problemas del comportamiento, sintomatología alimentaria y ansiedad.

Conclusiones

En los últimos años se ha visto incrementado el número de pacientes menores de 12 años que acuden a los servicios de urgencias, observándose paralelamente un incremento en el porcentaje de éstos que requieren ingresos. Esto nos sugiere un aumento en la gravedad de los pacientes que recurren al servicio de urgencias y de la alta complejidad de su manejo. Esta situación refleja una clara necesidad de asistencia especializada por parte de psiquiatras infanto-juveniles desde el primer contacto en el ámbito hospitalario.

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL
Volumen 41, Suplemento 1, (2024).

P35 INFLUENCIA DE LOS ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES EN LA PSICOPATOLOGÍA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

AUTORES: Antón Cruz, Sara[1]; De Castro Manglano, Pilar[1]; Andía Echévarri, Teresa[2]; Ochoa Ramos, Elena[2]

[1] Clínica Universidad de Navarra (Sede Madrid)
[2] Clínica Universidad de Navarra (Sede Navarra)

Introducción

Numerosos estudios acerca de los estilos de crianza y del desarrollo socioafectivo en niños y adolescentes, concluyen que la familia es un elemento clave en la contribución hacia la prevención o predisposición de problemas de salud mental en la infancia (1).
La forma en la que se realiza esta función de crianza, está influida por las experiencias, valores y creencias de cada figura parental, así como por las dinámicas familiares que se establecen (2), definiendo los "estilos educativos" el conjunto de ideas, creencias, valores, actitudes y hábitos de comportamiento que los padres mantienen respecto a la educación de sus hijos (3).

Metodología

Se trata de un estudio descriptivo naturalístico de los estilos educativos parentales y su correlación con la psicopatología de los hijos que acuden a consulta para valoración clínica por distintas patologías desde el año 2022 al 2024, con edades comprendidas entre los 2 y los 18 años. El estilo educativo de las figuras parentales (en 212 de una sola figura parental y en 161 de ambas) se ha recogido usando la escala PEE-i (3) y diagnóstico clínico según CIE-10.

Resultados

Se obtuvo una muestra de 373 pacientes (212 el estilo parental de un progenitor y 161 de ambos padres).El perfil sobreprotector fue el más frecuente de los 4 estilos (sobreprotector, punitivo, inhibicionista y asertivo) y se asocia con mayor frecuencia a patologías afectivas. Ha sido más frecuente la concordancia de los estilos educativos de las figuras parentales que la disonancia.

Conclusiones

Los resultados parecen indicar que la evolución del estilo de crianza actual muestra una tendencia hacia la sobreprotección. La frecuencia de aparición de disonancia entre los estilos educativos de las figuras parentales no ha resultado ser un factor asociado a mayor patología.

Referencias

1. De Roo M, Veenstra R, Kretschmer, T. Internalizing and externalizing correlates of parental overprotection as measured by the EMBU: A systematic review and meta-analysis. Social Development. 2022;31(4):962-983. https://doi.org/10.1111/sode.12590.
2. Rodríguez-Villamizar LA, Amaya-Castellanos C. Estilos de crianza, autoeficacia parental y problemas conductuales infantiles en tres municipios de Santander. Rev Univ Ind Santander Salud. 2019; 51(3): 228-238. doi.org/10.18273/revsal.v51n3-2019006.
3. Magaz Lago A, García Pérez EM. PEE: Perfil de estilos educativos:manual de referencia. Manual de referencia PEE (Perfil de estilos Educativos). España: COHS; 2019. ISBN: 9788492265152. ISBN-10: 8492265159.

P36 UTILIDAD DE NUEVAS TECNOLOGÍAS EN EL ÁREA COMUNICATIVA Y SOCIAL DE LOS NIÑOS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

AUTORES: Martín García, Zahira[1]; Imaz Roncero, Carlos[1]; Vall García, Clara[1]; Sevillano Benito, Isabel[1]

[1] Hospital Universitario Rio Hortega

Introducción

El TEA es un trastorno del neurodesarrollo que afecta a la comunicación social. Dentro de las dificultades en la comunicación verbal se encuentran el retraso en el aprendizaje del habla, comprensión literal del lenguaje y dificultad para entender metáforas o sarcasmo. Entre el 25 y el 61% de los niños con TEA tienen un habla funcional escasa o nula, y entre el 25 y el 50% ni siquiera han desarrollado el lenguaje a los 13 años (1).
Los modos de comunicación con gestos naturales, lenguaje de signos, la Comunicación Aumentativa y Alternativa (CAA), la vocalización o la verbalización son respuestas que deben adaptarse a cada individuo (2).
La evolución de las CAA con las nuevas tecnologías ha permitido el desarrollo de nuevos modelos de prestación de servicios, el ajuste de los mismos a cada perfil de paciente y ha generado la necesidad de formación para familias y entornos educativos y sanitarios (3).

Metodología

Revisión sistemática de la bibliografía y descripción de dispositivos e indicaciones. Seguimiento de modelo PRISMA.

Resultados

Describir los diferentes modelos de CAA para establecer criterios de selección ajustados a cada perfil y necesidad.
Estudiar las posibilidades de la Inteligencia Artificial (IA) para recabar información sobre los patrones y características de aprendizaje que permita la individualización de la experiencia con dichas APPS.
Se ha demostrado la utilidad de estas aplicaciones en la fomentación de la imaginación, creatividad, atención y facilitación de la lectura de situaciones sociales. Sus características y contenidos influyen en la motivación y atención para la comunicación verbal e incluso la vocalización (1).

Conclusiones

Conocer las posibilidades e indicaciones de los nuevos sistemas de CAA facilitaría las intervenciones en contextos sanitarios y la formación de las familias.

Referencias

1. Maseri M, Mamat M, Yew HT, Chekima A. The Implementation of Application Software to Improve Verbal Communication in Children with Autism Spectrum Disorder: A Review. Children 2021;8:1001. https://doi.org/10.3390/children8111001.
2. Ganz JB, Pustejovsky JE, Reichle J, Vannest KJ, Foster M, Pierson LM, et al. Participant characteristics predicting communication outcomes in AAC implementation for individuals with ASD and IDD: a systematic review and meta-analysis. Augment Altern Commun Baltim Md 1985 2023;39:7–22. https://doi.org/10.1080/07434618.2022.2116355.
3. Berenguer C, Martínez ER, De Stasio S, Baixauli I. Parents' Perceptions and Experiences with Their Children's Use of Augmentative/Alternative Communication: A Systematic Review and Qualitative Meta-Synthesis. Int J Environ Res Public Health 2022;19:8091. https://doi.org/10.3390/ijerph19138091.

P37 TRASTORNO DE EVITACIÓN /RESTRICCIÓN DE INGESTA DE ALIMENTOS EN PACIENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

AUTORES: Sarrió Yuste, Adela[1]; Letrado Rodriguez, Sofía[1]; Ruiz Ramos, Julia[1]; Beato Fernández, Luis[1]

[1] Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Ciudad Real

Introducción

Se entiende como Trastorno de Evitación/Restricción de la Ingesta de Alimentos (TERIA o ARDIF en inglés) aquel trastorno mental en el que fracasa la capacidad del individuo para cubrir sus necesidades energéticas y/o nutricionales, acompañado de: pérdida de peso significativa, déficit nutricional o dependencia de suplementos nutricionales o vía enteral (1).
En cambio, el Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por dificultades en la interacción social y la comunicación, intereses restringidos y conductas estereotipadas (1).
Muchos pacientes con TEA presentan alteraciones en el patrón alimentario, tales como rechazo a ciertos alimentos, rigidez en las proporciones o selectividad alimentaria; pudiendo cumplir criterios de TERIA (2). Por ello, analizaremos la relación entre ambos trastornos con el fin de poder realizar un adecuado co-diagnóstico.

Metodología

El presente trabajo incluye una revisión bibliográfica sobre la relación entre TERIA y el Autismo. Para ello, se ha realizado una búsqueda en PubMed con las palabras claves "ARFID", "TERIA" y "Autism".

Resultados

La restricción de alimentos en niños pequeños con Autismo es frecuente. Por ello, es fundamental realizar un seguimiento de estos pacientes, pues presentan un mayor riesgo de presentar TERIA. Aunque en algunos casos no encontraremos una causa, existen numerosas razones para explicar esta relación, entre ellas destaca: falta de interés en la comida, rigidez cognitiva, características sensoriales de los alimentos, experiencias adversas comiendo, influencia de factores emocionales (comer en un clima de tensión, rechazar alimentos con el objetivo de obtener atención, ...).
Los pacientes que diagnosticados de ambos trastornos tienen una mayor probabilidad de tener déficits nutricionales y desnutrición grave y, por tanto, mayor riesgo de desarrollar anemia, pancitopenia, estreñimiento, discapacidad visual, artritis, ictericia, raquitismo, hipertensión pulmonar o hipogonadismo, entre otras.

Conclusiones

Como conclusión podemos afirmar que es importante realizar el despistaje de ambas enfermedades en aquellos niños que presenten alteraciones alimentarias. Debido a las implicaciones nutricionales de estos trastornos es necesario la creación de grupos de trabajo multidisciplinar (psiquiatría, enfermería, nutrición, terapia ocupacional,...) para el abordaje terapéutico de estos pacientes.

Referencias

1. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.
2. De Toro V, Aedo K, Urrejola P. Trastorno de Evitación y Restricción de la Ingesta de Alimentos (ARFID): Lo que el pediatra debe saber. Anales Pediatr. Abril de 2021;92(2):298-307. https://doi.org/10.33734/diagnostico.v60i3.304.

P38 EXPERIENCIA DE UN PROGRAMA INTENSIVO DE ATENCIÓN A ADOLESCENTES DUALES CON ADICCIONES Y COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA: EL IMPACTO DEL GÉNERO

AUTORES: Ilzarbe, Daniel[1]; Díaz, Rosa[2]; Morer, Astrid[1]; Lázaro, Luisa[1]

[1] Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona/Frcb-Idibaps, Barcelona / Cibersam, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España
2 Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona

Introducción

La mayoría de los trastornos mentales y las adicciones tienen su inicio en la adolescencia; describiéndose diferencias de género en los pacientes con patología dual (adicción en combinación con otro trastorno mental). Algunos autores han sugerido que este debut en la adolescencia podría explicar algunas diferencias de género (Kozak et al., 2021). En H.Clínic Barcelona existe un programa intensivo de atención a patología dual en adolescentes. El objetivo es evaluar diferencias clínicas de género en la población atendida.

Metodología

Descripción de los pacientes atendidos en el Programa Dual, evidenciando diferencias de género en cuanto a diagnósticos y atención recibida (tests t de Student y exacto de Fisher para las comparativas estadísticas).

Resultados

De 2021 a 2023 tuvimos 43 pacientes adscritos al programa, 45% mujeres, con una edad media de 16,5 años al vincularse. En relación a las adicciones, 36 adolescentes presentaban un trastorno por uso de sustancias: cannabis (n=36), cocaína (n=2) y benzodiacepinas (n=1); y 7 conductas adictivas comportamentales a través de pantallas: tr.uso de videojuegos (n=4, todos varones) y sobreuso de redes sociales a través de internet (n=3, todas mujeres). El 95% presentaban otro diagnóstico de salud mental, y un 33% más de una comorbilidad, siendo los más frecuentes: tr.déficit de atención e hiperactividad (TDAH; n=11), tr.psicóticos (n=9; un de ellos con un estado mental de alto riesgo), desregulación emocional con rasgos límite de personalidad (n=10), tr.conducta (n=8), tr.ansiedad (n=4); tr.espectro autista (n=3), tr.conducta alimentaria (n=2), tr.afectivo (n=3; dos tr.bipolar y un tr.depresivo) y tr.obsesivo-compulsivo (n=1). La adherencia al programa es superior al 90%; y en tres de los 4 casos altados por incumplimiento coincidió con su mayoría de edad y el paso a servicios de adultos.
No había diferencias de edad por género. Los varones fueron diagnosticados con más frecuencia con TDAH (40% vs.10%; p< 0,04), sin otras diferencias estadísticamente significativas. El seguimiento de las adolescentes mujeres mostró una tendencia a ser más prolongado (9 meses vs. 6 meses; p=0,09).

Conclusiones

En nuestro programa dual los hombres presentan más TDAH y las mujeres parecen ser seguidas durante más tiempo; y dentro las adicciones comportamentales ellos presentan tr.uso de videojuegos y ellas adicción a internet. Será preciso ampliar la muestra para caracterizar con más precisión y poder programar una intervención más personalizada que responda a las necesidades de cada género.

P39 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES EN PROGRAMA DBT

AUTORES: Gomez Gonzalez, Cristina Luz[1]; Carazo Giménez, Sofia M.[1]; Berrocal Almarza, Alejandra[1]

[1] Hospital Universitario de Torrejón

Introducción

Los adolescentes que presentan una marcada inestabilidad emocional asociada a conductas autolesivas y/o conductas suicidas a menudo cumplen rasgos disfuncionales de personalidad límite.
En este tipo de pacientes, un abordaje desde el programa que proponen Rathus y Miller de terapia dialéctica comportamental (Dialectical Behavior Therapy for Adolescents: DBT-A) ha demostrado una mejoría en la sintomatología, sobre todo en cuanto a control de conductas autolesivas.

Metodología

El objetivo de este *abstract* es realizar un estudio descriptivo transversal de la muestra de pacientes que presentan esta sintomatología como antesala para un estudio longitudinal de la intervención.
Los menores incluidos deben cumplir las siguientes características: edad entre 12 a 18 años, rasgos disfuncionales de personalidad límite (se medirán por la presencia de al menos 3 criterios diagnósticos según DSM-5 evaluado por las referentes del programa DBT-A en entrevista clínica) y presencia de conductas suicidas o autolesiones no suicidas en los últimos 6 meses. Los pacientes son evaluados antes de comenzar el grupo de DBT-A mediante: una entrevista clínica que incluya un cuestionario de la situación de las conductas suicidas y/o autolesiones además de la cumplimentación de los siguientes test: SCL-90, CDI, YSR y SCID-II.

Resultados

Se realizará un análisis descriptivo de la muestra. Se presentarán los resultados en el congreso.

Conclusiones

La alta prevalencia de menores que presentan rasgos disfuncionales de personalidad asociados a conductas suicidas y/o autolesiones con un riesgo aumentado a que se produzcan intentos autolíticos, asistencias a urgencias o incluso la necesidad de internalización, hacen que esta población sea de alta vulnerabilidad y precise de intervenciones intensivas adecuadas en la asistencia comunitaria de salud mental.

Referencias

1. Kaess M, Parzer P, Mattern M, Plener PL, Bifulco A, Resch F, Brunner R. Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. Psychiatry Res. 2013 Apr 30;206(2-3):265-72. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.10.012.
2. Kothgassner OD, Robinson K, Goreis A, Ougrin D, Plener PL. Does treatment method matter? A meta-analysis of the past 20 years of research on therapeutic interventions for self-harm and suicidal ideation in adolescents. Borderline Personal Disord Emot Dysregul. 2020;7:9. Published 2020 May 11. https://doi.org/10.1186/s40479-020-00123-9.

P40 ¿EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE CHICOS Y CHICAS ADOLESCENTES CON TRASTORNO DE CONSUMO DE CANNABIS EN EL PATRÓN DE CONSUMO Y PSICOPATOLOGÍA ASOCIADA?

AUTORES: Ilzarbe-Simorte, D[1]; Moya, M[2]; Mena, J[3]; De la Serna, E[4]; Sugranyes, G[1]; Baeza, I[1]

[1] Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona/FRCB-IDIBAPS, Barcelona / CIBERSAM, Instituto De Salud Carlos III, Madrid, España
[2] FRCB-IDIBAPS, Barcelona
[3] Servicio de Psiquiatría y Psicología, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona
[4] Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona/ CIBERSAM, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

Introducción

El consumo de cannabis entre 14-18 años en España (estudio ESTUDES 2023) es del 21,8% en los últimos 12 meses. En los chicos 12,2% de 14 años ha consumido cannabis alguna vez, aumentando progresivamente hasta los 18 años (47,2%). Entre las chicas, el 13,3% de 14 años ha consumido alguna vez, aumentando hasta los 18 años (44,2%). Algunos metaanálisis describen diferencias de sexo en el patrón de consumo de cannabis y su comorbilidad con otros trastornos mentales, y sugieren que el inicio de los mismos en la adolescencia podría explicar algunas de estas diferencias.
El objetivo de este estudio es comparar diversas variables relacionadas con el patrón de consumo de cannabis y psicopatología entre adolescentes chicos y chicas con trastorno por consumo de cannabis (TCC) que están en seguimiento en un servicio de salud mental.

Metodología

Estudio transversal en el que se incluyeron adolescentes (12-17 años), ambos sexos, con criterios DSM-5 de TCC, en seguimiento en el Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil del H.Clinic. Se registraron los datos sociodemográficos, el patrón de consumo de cannabis y se evaluaron a nivel clínico (entrevista diagnóstica K-SADS), sintomatología psicótica prodrómica SIPS y diversas escalas clínicas (Young, Hamilton, etc). Se obtuvo una muestra de orina reciente para cuantificar el cannabis. El consumo referido se mide en Unidad de Porro Estándar (UPE).

Resultados

De 21 sujetos participantes, 10 (47,6%) fueron chicos y 11 (52,4%) chicas, con una edad media de 16,5±0,9 años, y estatus socioeconómico medio (3,4±1,3). La edad de inicio de cannabis media fue de 14,2±1 años, con un consumo medio/día de 2,6±0,8 UPE y una cuantificación media en orina, de 675,1±469,6 unidades. Cuando se compararon todas las variables entre chicos y chicas, no se observaron diferencias en los datos sociodemográficos, diagnósticos KSADS, ni en las diversas escalas que evalúan. Tampoco se observaron diferencias en la edad de inicio de cannabis, UPEs referidas ni cuantificación de cannabis en orina.

Financiamiento

Si el trabajo ha sido realizado con financiación, debe incluirse el origen y código proporcionado por la entidad financiadora:
Financiación del Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad) 2022I053.

Conclusiones

No se observaron diferencias a nivel de edad de inicio, patrón de consumo y psicopatología asociada en chicos y chicas adolescentes con TCC en seguimiento en salud mental. Se necesitaría ampliar la muestra para confirmar estos resultados y su aplicabilidad en las campañas de prevención y tratamiento del consumo de cannabis.

P41 RELACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y REGULACIÓN EMOCIONAL EN UNA MUESTRA CLÍNICA DE ADOLESCENTES

AUTORES: Sanjurjo Ocarranza, Iria[1]; Manzanares Tesón, Núria[1]; Ney Díaz, Inti Itatí[1]; Coll Vilar, Ignasi[1]

[1] Hospital Psiquiátrico Universitario Institut Pere Mata

Introducción

Los déficits de regulación emocional han mostrado su presencia en un amplio abanico de trastornos mentales. En la adolescencia, se considera que existe una importante relación entre la percepción de apoyo social y la regulación de las emociones (1).
El objetivo del presente estudio consiste en analizar la relación entre la regulación emocional y el apoyo social percibido en una muestra clínica de adolescentes.

Metodología

La muestra está compuesta por 122 adolescentes, 91 mujeres (74,6%) y 31 hombres (25,4%) de edades comprendidas entre los 12 y los 18 años, ingresados en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental Infanto-juvenil.
Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) y la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS) (2,3).
Los análisis estadísticos se llevan a acabo con el programa SPSS ®.
Se procede al análisis de las correlaciones entre las diferentes fuentes de apoyo social (familia, amigos, persona significativa) y la regulación emocional, el tiempo de ingreso y la edad de los sujetos.

Resultados

Se obtienen correlaciones negativas y estadísticamente significativas entre el apoyo social percibido y la desregulación emocional.
Existe una correlación positiva y estadísticamente significativa entre las subescalas Desatención y Descontrol emocional con el tiempo de ingreso, y una correlación negativa y estadísticamente significativa entre el tiempo de ingreso y el apoyo percibido por parte de una persona significativa.
La edad de los sujetos correlaciona de manera negativa con la desregulación emocional y de manera positiva con la presencia de apoyo social percibido de amigos.

Conclusiones

Los resultados del análisis correlacional señalan que la regulación emocional y el apoyo social percibido están significativamente relacionados, de manera que una mayor percepción de apoyo emocional por parte de los adolescentes conlleva una mejor regulación de las emociones.

Referencias

1. Mendez I, Sintes A, Pascual J et al. Borderline personality traits mediate the relationship between low perceived social support and non-suicidal self-injury in a clinical sample of adolescents. Journal of Affective Disorders. 2022 Apr 1:302:204-213. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.065.
2. Gómez-Simón I, Penelo E, de la Osa N. Factor structure and measurement invariance of the Difficulties Emotion Regulation Scale (DERS) in Spanish adolescents. Psicothema. 2014. 26 (3): 401-408.https://doi.org/10.7334/psicothema2013.324.
3. Hervás G, Jódar R. Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. Clínica y Salud. 2008. Vol.19: 139-156.

P42 AULA INTEGRAL DE SOPORTE DE PRIMARIA DE CARDEDEU. INTERVENCIÓN INTEGRADORA E INCLUSIVA

AUTORES: López Patón, Nuria[1]; De Burgos Berdud, Isabel[1]; Mirete Serrat, Mariona[1]; Lira Rueda, Susana[1]; Tortadès Arumí, Ingrid[1]; Illera Pedrosa, Sara[1]; García Acuña, Marta[1]

[1] Hospital Sant Joan de Deu, CSMIJ Granollers

Introducción

Las Aulas Integrales de Soporte (AIS) constituyen un espacio terapéutico - educativo que ofrecen una intervención temporal, integral, transversal y en el entorno educativo a niños y adolescentes que presentan un diagnóstico de Trastorno del Comportamiento co-ocurrente con otro Trastorno Mental de Elevada Complejidad. Se presenta el proyecto del AIS de primaria de Cardedeu, asociado al Hospital Sant Joan de Déu.

Metodología

Objetivos: Revisar el modelo standard de las AIS, con el objetivo de minimizar el riesgo de exclusión, estigmatización y las dificultades de integración y adaptación al entorno socio-educativo asociadas a la intervención desde las AIS.
Metodología: Desarrollo e implementación de un programa de intervención innovador, interdisciplinar, centrado en la persona y en el entorno natural. Se fundamenta en las siguientes acciones:

- Incorporación de Nuevos Roles Profesionales (Psicología Clínica, Terapia ocupacional, Enfermería especialista en Salud Mental y Trabajo Social), con el objetivo de ofrecer proximidad y una intervención holística de calidad centrada en la persona.
- Intervención directa en la escuela donde está ubicada el AIS: acciones que favorecen la socialización, integración y el desarrollo de estrategias y habilidades que puedan ser generalizadas al entorno habitual de funcionamiento.
- Intervención directa en entorno natural, intensiva y precoz en la escuela de referencia, con la intención de reducir el tiempo de intervención y minimizar la "dosis terapéutica".
- Cambios organizativos y en el modelo de intervención, enfatizando el modelo de intervención centrada en la persona y en el case management.

Resultados

Dicha intervención consigue unos resultados más rápidos y generalizados para el alumno y su entorno (familia, escuela de pertenencia) tanto a nivel de clínica como de funcionamiento general.
Tiempos de estancia más cortos en el recurso y necesidad de menor intensidad de soporte.

Conclusiones

Se analizan resultados y se realizan propuestas de mejora en relación a:

- Atención a las familias
- Consideración de medidas universales
- Formación
- Sensibilización en Salud Mental a la población general y enfatizar la intervención desde el ámbito social, entre otras.

Se presentarán los resultados en el congreso.

Referencias

1. López Patón, Nuria, Celma Raquel, Juanola Mireia. Plan Funcional de las AIS vinculadas al Hospital Sant Joan de Déu, 2023. En revisión.

P43 ESTUDIO PILOTO DEL PROTOCOLO DE TRATAMIENTO INTENSIVO DE HOSPITALIZACIÓN PARCIAL EN HOSPITAL DE DÍA PRADERA DE SAN ISIDRO

AUTORES: Hidalgo Muñoz, Paula Andrea[1]; Albaladejo Gutiérrez, Eloy[1]; Rodríguez, Sergio[1]; Caballeira Carrera, Laura[1]; Barreiro González, Carmen[1]; Peñuelas Calvo, Inmaculada[1]

[1] Hospital 12 de Octubre

Introducción

Hospital de Día (HD) se define como una unidad asistencial ambulatoria para el tratamiento intensivo, estructurado e individualizado de diferentes trastornos mentales graves (TMG), con una perspectiva multidisciplinar. Desde 2018, el Hospital 12 de Octubre cuenta con el HD Pradera de San Isidro (HDP), una unidad que tiene como objetivo la atención de pacientes entre los 6 y 18 años. En el momento actual, no se ha valorado de manera cuantitativa la eficacia del recurso, siendo esta una necesidad de interés práctico y científico.

Metodología

El tratamiento en HDP incluye una intervención multidisciplinar, con 12 horas semanales de actividad clínica programada, así como la participación en otros espacios terapéuticos grupales y familiares durante la jornada diurna. Para valorar la eficacia de este tratamiento, se ha iniciado un estudio piloto prospectivo, aplicando una batería de pruebas estandarizadas desde el ingreso y trimestralmente hasta el alta, registrándose así la evolución clínica de los pacientes.

Resultados

El protocolo de estudio descrito anteriormente ha sido puesto en marcha desde diciembre de 2023, reclutando a todos los ingresos en HDP y contando actualmente con 13 pacientes en seguimiento. Se ha objetivado una adecuada aceptación por parte de los pacientes y familias a la participación en el estudio. Se espera comparar los resultados de las distintas pruebas a medida que se avance en la intervención y se cuente con un mayor grupo muestral.

Conclusiones

El tratamiento en HD proporciona ventajas con respecto a la hospitalización completa al ser un recurso multidisciplinar en el que se abordan objetivos que integran el funcionamiento del niño y del adolescente (colegio, familia). Además, al tratarse de un recurso parcial, el contacto con sus ambientes habituales se mantiene durante todo el proceso y permite que la reinserción que sociofamiliar posterior sea más normalizada. Se espera que este estudio piloto describa de manera objetiva y cuantitativa los beneficios que se alcanza a nivel clínico con esta intervención.

Referencias

1. Sverd, J, Dubey DR, Schweitzer R, Ninan R. Pervasive developmental disorders among children and adolescents attending psychiatric day treatment. Psychiatric services. 2003. 54(11), 1519–1525. https://doi.org/10.1176/appi.ps.54.11.1519.
2. Milin R, Coupland K, Walker S, Fisher-Bloom E. Outcome and followup study of an adolescent psychiatric day treatment school program. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2000. 39(3), 320–328. https://doi.org/1097/00004583-200003000-00014.

P44 PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO, PSICOPATOLÓGICO Y FUNCIONAL DE LAS PERSONAS ATENDIDAS EN EL PROGRAMA PAICSAMAEC. VALLÈS OCCIDENTAL

AUTORES: Duran Forteza, Oscar[1]; Miñano Valero, Maria José[1]; Bertomeu Ruiz, Santiago[1]; Fernandez Checa, Laia[1]; Pujals Altés, Elena[1]; Espluga Frigola, Núria[1]; Gracia Liso, Rebeca[1]; Pamias Massana, Montserrat[1]

[1] Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell

Introducción

Conocer el perfil socio-demográfico, psicopatológico y funcional de la serie de usuarios del Vallès Occidental, atendidos en el nuevo Programa de Abordaje Integral de los casos de Salud Mental y Adicciones de Elevada Complejidad (PAIcSaMAEC 12-25 años) desde el inicio del programa, entre 15/11/2021 y 27/02/2024.

Metodología

Durante este periodo de funcionamiento del programa se ha atendido a 30 personas, de las que se han recogido datos mediante los siguientes instrumentos:
- Cuestionario para la recogida de variables socio-demográficas.
- Perfil psicopatológico según criterios DSM-V.
- Capacidad Intelectual (Escalas Wechsler.)
- Rasgos de personalidad (Escalas Millon)
- Funcionalidad (Honos-Honosca.)
-Vulnerabilidad social (Test de Indicadores de Riesgo Social.)
Se realizará la descripción la muestra empleando el análisis estadístico el programa SPSS v.19.

Resultados

Se ha realizado la recogida de la información, en el momento actual se está realizando el análisis de los datos, que se presentará en el póster el día de la Jornada.
Avanzamos que la muestra consta de 18 hombres, 10 mujeres y 2 hombres trans, de los cuales 24 son nacionales y 6 otros países; por franja de edad 8 tienen de 12-17 años, 21 de 18-25 años, 1 son >25 años.
Diagnósticos principales: Trastorno por uso de sustancias (1 caso), Depresión mayor (3 casos), Trastorno Esquizoafectivo (6 casos), Trastorno ansiedad tipo agorafobia (2 casos), Trastorno Límite de Personalidad (1 casos), Esquizofrenia (2 casos), Trastorno de Espectro Autista (9 casos), Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (2 casos), Trastorno antisocial (3 casos) y Síndrome Alcohólico Fetal (1 caso).

Conclusiones

Se presentarán los resultados descriptivos de la muestra ampliada (consta una comunicación previa con los datos correspondientes al primer año) y se compararán con la bibliografía revisada.

Referencias

1. Broersen M, Frieswijk N, Kroon H, Vermulst AA, Creemers DHM. Young patients with persistent and complex care needs require an integrated care approach: Baseline findings from the multicenter Youth flexible ACT Study. Frontiers in Psychiatry, 2020;11:p.609120. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.609120. eCollection 2020.
2. McGorry PD, Mei C, Chanen A, Hodges C, Alvarez-Jimenez M, Killackey E. Designing and scaling up integrated youth mental health care. World Psychiatry, 2021; 21(1):p.61-76. https://doi.org/10.1002/wps.20938.
3. Castle D, Hawke LD, Henderson J, Husain MO, Lusicic A, Szatmari P. Complex Interventions for youth mental health: a way forward. The Canada Journal of Psychatry, 2022; 67(10):755-757. https://doi.org/10.1177/07067437221093396.
4. Pirat E, Casamitjana M, Salmerón G, Quílez J, Grau E, Hilarión P. First steps to develop a care model for people with mental health disorders and addictions with hig complexity care needs: a collaborative process between families, professionals, and policy makers. International Journal of Integrated Care, 2022; 22:p1-2. https://doi.org/doi.org/10.5334/ijic.ICIC21078.

P45 CONTINUIDAD DEL SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN EL PASO AL PROGRAMA DE ADULTOS

AUTORES: Güerre Lobera, María José[1]; Pinero Higuera, Marta[1]; Aparicio Reinoso, Teresa[2]; Martin Carballeda, Julia[3]; De Cos Milas, Ana[4]

[1] CSM Villaverde. USMIJ, H 12 Octubre. Madrid
2 CSM Barajas. H Ramon T Cajal
3 CSM Alcorcon. Fh Alcorcon
4 CSM Mostoles. H Universitario Móstoles

Introducción

Más de la mitad de los trastornos mentales del adulto se originan en la infancia o adolescencia. El paso a la adultez puede empeorar la psicopatología. En nuestro medio suele haber una distinción entre los equipos que atienden a menores y los que atienden a adultos. Ello obliga a un proceso de transición entre profesionales en un periodo de gran sensibilidad a nivel psíquico que puede suponer una desvinculación del paciente tanto en la finalización de la atención en consultas de infantil, como en el inicio en consultas de adultos, y empeorar, por tanto, el pronóstico de la enfermedad mental. Por ello, consideramos vital cuidar el paso entre los equipos. Dentro del programa de transición del Centro de Salud Mental de Villaverde queremos saber cuántos pacientes a se pierden antes de la primera cita en adultos (fallan a esa cita) y cuantos no acuden a las sucesivas. Esto podría indicarnos si el programa funciona óptimamente o si es preciso implementar mejoras que eviten la desvinculación.

Metodología

Tomamos como muestra el censo de pacientes de transición, con pacientes que, al cumplir los 18 o próximos a esa fecha, se derivaron al programa de adultos durante los primeros 8 meses de 2023 y revisaremos cuántos acuden a su primera cita en adultos y cuantos mantienen seguimiento.

Resultados

Se incluyeron 34 pacientes en el programa de transición durante ese periodo, 24 mantienen su seguimiento en adultos, habiendo 10 abandonos totales, o sea, no acuden a la primera cita en adultos (6) o dejan de acudir tras esta primera consulta (4). 2 casos de los que abandonan pertenecían al programa de continuidad de cuidados en infantil.

Conclusiones

Dado que un porcentaje de pacientes se pierden durante la transición, proponemos las siguientes medidas que podrían suponer una mejora en el programa y así, en la continuidad: 1. No espaciar en el tiempo la primera cita de adultos respecto a la de infantil; 2. realizar una transición progresiva manteniendo un profesional de referencia en infantil hasta lograr un buen vínculo en adultos; 3. aumentar la frecuencia de las reuniones de los profesionales del equipo de transición.

P46 RELACIÓN ENTRE RASGOS LÍMITE DE PERSONALIDAD Y FUNCIONAMIENTO ADAPTATIVO EN LAS PERSONAS ATENDIDAS EN EL PROGRAMA PAICSAMAEC. VALLÈS OCCIDENTAL

AUTORES: Duran Forteza, Oscar[1]; Miñano Valero, Maria José[1]; Bertomeu Ruiz, Santiago[1]; Fernandez Checa, Laia[1]; Pujals Altés, Elena[1]; Espluga Frigola, Núria[1]; Gracia Liso, Rebeca[1]; Pamias Massana, Montserrat[1]

[1] Corporació Sanitària Parc Taulí De Sabadell

Introducción

Ampliar el conocimiento sobre los factores que influyen en el funcionamiento adaptativo de la serie de usuarios del Vallès Occidental, atendidos al nuevo Programa de Abordaje Integral de los casos de Salud Mental y Adicciones de Elevada Complejidad (PAIcSaMAEC) desde el inicio del programa, entre 15/11/2021 y 27/02/2024.

Metodología

Durante el primer año de funcionamiento del programa se ha atendido a 30 personas, de las que se han recogido los siguientes datos mediante los siguientes instrumentos: - Cuestionario ad hoc para la recogida de variables sociodemográficas. - Diagnóstico principal según criterios diagnósticos del manual DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -5). - Capacidad Intelectual medida con Escalas Wechsler. - Rasgos de personalidad evaluados con las Escalas Millon (MACI y MCMI-III). Se utilizará la puntuación de Tasa Base de la Escala C (Límite) de los patrones patológicos de personalidad. - Funcionalidad mediante la administración de las escalas HoNOS-HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales), con puntuaciones de 0 a 1, siendo 1 indicador de mayor disfuncionalidad.

Resultados

Se realizará análisis exploratorio con regresiones lineales para examinar la relación entre las variables independientes (diagnóstico psicopatológico, capacidad intelectual y gravedad de rasgos de personalidad límite) y la variable dependiente (funcionamiento adaptativo), con el programa SPSS v.19®.

Conclusiones

Compararemos los resultados de la muestra ampliada con el análisis previamente realizado con los datos correspondientes al primer año de funcionamiento del programa (que consta en una comunicación previa) y se compararán con la literatura científica al respecto.

Referencias

1. Broersen M, Frieswijk N, Kroon H, Vermulst AA, Creemers DHM. Young patients with persistent and complex care needs require an integrated care approach: Baseline findings from the multicenter Youth flexible ACT Study. Frontiers in Psychiatry, 2020;11:p.609120.https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.609120.
2. McGorry PD, Mei C, Chanen A, Hodges C, Alvarez-Jimenez M, Killackey E. Designing and scaling up integrated youth mental health care. World Psychiatry, 2021; 21(1):p.61-76.https://doi.org/10.1002/wps.20938.
3. Castle D, Hawke LD, Henderson J, Husain MO, Lusicic A, Szatmari P. Complex Interventions for youth mental health: a way forward. The Canada Journal of Psychatry, 2022; 67(10):755-757.https://doi.org/10.1177/07067437221093396.
4. Chanen A, Jovev M, Jackson H. Adaptative functionaing and Psychiatric Symptoms in Asolescents With Borderline Personality Disorder.Journal Clinical Psychiatry, 2007; 68(2): p. 297-305.https://doi.org/10.4088/jcp.v68n0217.

P47 PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO, PSICOPATOLÓGICO Y FUNCIONAL DE LAS PERSONAS ATENDIDAS EN EL PROGRAMA PAICSAMAEC. VALLÈS OCCIDENTAL

AUTORES: Bertomeu Ruiz, Santiago[1]; Duran Forteza, Oscar[1]; Miñano Valero, Maria José[1]; Fernández Checa, Laia[1]; Pujals Altes, Elena[1]; Espluga Frigola, Núria[1]; Jiménez Calvo, Marta[1]; Chavez Rios, Marvin Alberto[1]; Gracia Liso, Rebeca[1]; Pamias Massana, Montserrat[1]

[1] Corporació Sanitària Parc Taulí De Sabadell

Introducción

Conocer el perfil socio-demográfico, psicopatológico y funcional de la serie de usuarios del Vallès Occidental, atendidos en el nuevo Programa de Abordaje Integral de los casos de Salud Mental y Adicciones de Elevada Complejidad (PAIcSaMAEC 12-25 años) desde el inicio del programa, entre 15/11/2021 y 27/02/2024.

Metodología

Durante este periodo de funcionamiento del programa se ha atendido a 30 personas, de las que se han recogido datos mediante los siguientes instrumentos:
Cuestionario para la recogida de variables socio-demográficas, perfil psicopatológico según criterios DSM-5, capacidad Intelectual (Escalas Wechsler), rasgos de personalidad (Escalas Millon), Funcionalidad (Honos-Honosca) y vulnerabilidad social (Test de Indicadores de Riesgo Social).
Se realizará la descripción la muestra empleando el análisis estadístico el programa SPSS v.19.

Resultados

Se ha realizado la recogida de la información, en el momento actual se está realizando el análisis de los datos. La muestra consta de 18 hombres, 10 mujeres y 2 hombres trans, de los cuales 24 son nacionales y 6 de otros países; por franja de edad: 8 tienen de 12-17 años, 21 de 18-25 años, 1 es >25 años.
Diagnósticos principales: TUS (1 caso), Depresión mayor (3 casos), Trastorno Esquizoafectivo (6 casos), Trastorno ansiedad tipo agorafobia (2 casos), TLP (1 casos), Esquizofrenia (2 casos), TEA (9 casos), TDAH (2 casos), Trastorno antisocial (3 casos) y SAF (1 caso).

Conclusiones

Se presentarán los resultados descriptivos de la muestra ampliada (consta una comunicación previa con los datos correspondientes al primer año) y se compararán con la bibliografía revisada.

P48 RELACIÓN ENTRE RASGOS LÍMITE DE PERSONALIDAD Y FUNCIONAMIENTO ADAPTATIVO EN LAS PERSONAS ATENDIDAS EN EL PROGRAMA PAICSAMAEC. VALLÈS OCCIDENTAL

AUTORES: Miñano Valero, Maria José[1]; Duran Forteza, Oscar[1]; Bertomeu Ruiz, Santiago[1]; Fernandez Checa, Laia[1]; Espluga Frigola, Núria[1]; Pujals Altes, Elena[1]; Jiménez Calvo, Marta[1]; Chavez Rios, Marvin Alberto[1]; Gracia Liso, Rebeca[1]; Pamias Massana, Montserrat[1]

[1] Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell

Introducción

Ampliar el conocimiento sobre los factores que influyen en el funcionamiento adaptativo de la serie de usuarios del Vallès Occidental, atendidos al nuevo Programa de Abordaje Integral de los casos de Salud Mental y Adicciones de Elevada Complejidad (PAIcSaMAEC) desde el inicio del programa, entre 15/11/2021 y 27/02/2024.

Metodología

Durante el primer año de funcionamiento del programa se ha atendido a 30 personas, de las que se han recogido los siguientes datos mediante los siguientes instrumentos: - Cuestionario ad hoc para la recogida de variables sociodemográficas. - Diagnóstico principal según criterios diagnósticos del manual DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -5). - Capacidad Intelectual medida con Escalas Wechsler. - Rasgos de personalidad evaluados con las Escalas Millon (MACI y MCMI-III). Se utilizará la puntuación de Tasa Base de la Escala C (Límite) de los patrones patológicos de personalidad. - Funcionalidad mediante la administración de las escalas HoNOS-HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales), con puntuaciones de 0 a 1, siendo 1 indicador de mayor disfuncionalidad.

Resultados

Se realizará análisis exploratorio con regresiones lineales para examinar la relación entre las variables independientes (diagnóstico psicopatológico, capacidad intelectual y gravedad de rasgos de personalidad límite) y la variable dependiente (funcionamiento adaptativo), con el programa SPSS v.19.

Conclusiones

Compararemos los resultados de la muestra ampliada con el análisis previamente realizado con los datos correspondientes al primer año de funcionamiento del programa (que consta en una comunicación previa) y se compararán con la literatura científica al respecto.

P49 PROGRAMA INTEGRAL DE REGULACIÓN EMOCIONAL Y CONDUCTA EN CONTEXTO HOSPITALARIO: EVALUACIÓN DEL ESTRÉS PARENTAL Y ALTERACIONES DE CONDUCTA EN NIÑOS CON TEA

AUTORES: Piera Pinto, Eulalia[1]; Mezzatesta, Marcela[1]; Balmaña, Noemí[1]; González, Mireia[1]; Peláez, Alexia[1]; Martínez, Anna[1]

[1] Hospital Sant Joan de Déu, Salud Mental, Unidad de Autismo Unimtea

Introducción

Se estima que entre un 25-53% de niños/as con Trastorno del espectro del autismo (TEA) presentan clínica externalizante y problemas de conducta como auto y heteroagresiones. Estas generan un elevado impacto e interferencia en el contexto familiar. Existen ensayos clínicos que demuestran que la intervención con los padres de niños con TEA reduce significativamente las conductas desadaptativas en niños, variable que muestra relación más directa con el estrés sufrido (1). El programa de intervención acoge a pacientes con TEA, en contexto hospitalario y el objetivo clínico es recuperar el nivel de adaptación funcional y la adquisición de estrategias de los padres para manejar los problemas de conducta.
El estudio analiza el estrés parental y el aumento conductas adaptativas de los pacientes, después del ingreso en el programa.

Metodología

Recogida de datos sociodemográficos y de perfil clínico de los casos. Administración del cuestionario ABC (2) y la Escala Índice de Estrés Parental (PSI-SF)(3), al inicio (PRE) y al final (POST) del programa. Se utiliza t-student para comparar medias y test Wilcoxon como prueba no paramétrica.

Resultados

N=16. La edad media de la muestra fue de 12,1 años (se 0,88, IC 10,2-12,42), 58,82%(10/6) presentaba DI. El 76,4% (13/3) eran varones. 93% (15/1) presentaban al menos 1 comorbilidad psiquiátrica. El 41,17% (7/9) mínimamente verbal (0-10 palabras). Disminución significativa en la puntuación de irritabilidad en el cuestionario ABC entre el momento PRE y POST ($t = 3,23$, $p = 0,0049$). En las puntuaciones del Índice de Estrés Parental (PSI) antes y después, se encontraron cambios significativos en la subescala de Relaciones Parentales ($W=4,5$, $p = 0,0052$).

Conclusiones

En estos resultados, se objetiva una mejoría en la reducción del estrés parental informada por los padres, así como una disminución de la irritabilidad del paciente que han participado de la intervención, lo cual coincide con literatura previa del impacto positivo de la intervención para padres en la reducción del stress familiar.

Referencias

1. Scahill L, Boorin SG. Psychopharmacology in children with PDD: review of current evidence. Evidence-based practices and treatments for children with autism 2011; 231-243.
2. Aman M, Singh N, Stewart A, Field C. The Aberrant Behavior Checklist: a behavior rating scale for the assessment of treatment effects. Am J Ment Defic. 1985;89:485-91. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3993694
3. Abidin RR. Manual for the Parenting Stress Index. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1995.

P50 ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN LA TRANSICIÓN Y PATOLOGÍA ASOCIADA

AUTORES: Güerre-Lobera, M J[1]; Pinero-Higuera, M[1]; Aparicio-Reinoso, T[2]; Martin-Carballeda, J[3]; De Cos-Milas, A[4]

[1] CSM Villaverde. USMIJ, H 12 Octubre. Madrid
[2] CSM Barajas. H Ramon y Cajal
[3] CSM Alcorcon. Fh Alcorcon
[4] CSM Mostoles. H Universitario Móstoles

Introducción

Ampliar el conocimiento sobre los factores que influyen en el funcionamiento adaptativo de la serie de usuarios del Vallès El cambio de la atención de pacientes desde el programa de salud mental infanto-juvenil al programa de adultos supone un reto en el que atender a dificultades importantes, como la pérdida de pacientes o la falta de equipos o programas específicos de transicion. Consideramos que los equipos de transición deberían estar formados por profesionales de infantil y de adultos, destacando dentro del mismo la figura del responsable de continuidad de cuidados para aquellos pacientes incluidos en dicho programa.
Queremos revisar cuantos pacientes incluidos en el programa de transición han requerido continuar intervención en adultos con más de un profesional, especificando cuántos lo hacen, además, en el programa de continuidad de cuidados. Revisaremos los casos por patología diagnosticada en la transición y su relación con la atención multidisciplinar.

Metodología

Tomaremos como muestra los pacientes incluidos en el programa de transición durante un periodo temporal de un año, 2023, teniendo en cuenta que todos los pacientes que transicionan tienen su ficha de transición cumplimentada y su cita en adultos gestionada a través del gestor de casos.

Resultados

Se incluyeron 34 pacientes en el programa de transición; 9 se derivaron a un solo facultativo del programa de adultos y 25 a más de un profesional, incluyendo 8 de estos en el programa de continuidad de cuidados de adultos. Pacientes con diagnóstico de Trastorno de las emociones y de la conducta de inicio en la infancia y la adolescencia en los que se evidencian situaciones familiares adversas y rasgos caracteriales que confieren vulnerabilidad psicopatológica son los mayormente derivados a continuar tratamiento en equipo multidisciplinar. Pacientes con trastornos adaptativos, ansiosos, depresivos o TDAH se derivan en mayor medida con un solo profesional de adultos

Conclusiones

No solo la gravedad del diagnóstico va a requerir una intervención multidisciplinar sino que pacientes con factores de riesgo psicosociales son los que más recursos van a necesitar en la transición a adultos. La figura del gestor ayuda a facilitar que el proceso de transición sea exitoso.

Referencias

1. Carbonez F, et al. Transition from child and adolescent to adult mental health care]. Rev Med Brux. 2018; 39 (1): 35-40. https://doi.org/10.30637/2018.17-043.
2. Gerritsen SE, Dieleman GC, Beltman MAC, Tangenbergh AAM, Maras A, van Amelsvoort TAMJ, van Staa A. Early Transitional psychiatry in the Netherlands: Experiences and views of mental health professionals. Interv Psychiatry. 2020; 14 (6): 684-690. https://doi.org/10.1111/eip.12890.

P51

EL ESTRÉS MATERNO DURANTE EL EMBARAZO COMO PREDICTOR DE SINTOMATOLOGÍA RESTRINGIDA, REPETITIVA Y ESTEREOTIPADA EN HIJOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

AUTORES: Solis Olcese, Andrea[1]; García - Alcón, Alícia[1]; Parellada Redondo, María José[1]; San José Cáceres, Antonia[1]

[1] Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Introducción

Uno de los síntomas nucleares en el Trastorno del Espectro Autista (TEA) es la presencia de comportamientos restringidos, repetitivos y estereotipados (CRR). La relación entre el estrés materno durante el embarazo y la presencia de CRR en la descendencia ha sido bien establecida en estudios animales y en desarrollo típico. Sin embargo, en TEA solo se ha estudiado de manera indirecta e imprecisa. Este estudio tiene como objetivo explorar si el estrés materno durante el embarazo podría ser un predictor de la gravedad de la sintomatología de CRR en individuos TEA.

Metodología

Se reclutó una muestra de 116 personas, con edades entre los 3 a 50 años en el servicio AMITEA (Atención Médica Integral-TEA), Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

La información demográfica y clínica de los pacientes TEA y sus madres fueron recogidas a través de una entrevista. Se recogió información sobre el inicio de síntomas, presencia/ausencia de regresión evolutiva, nivel de competencia verbal, salud y antecedentes psiquiátricos maternos. Se utilizó el cuestionario RBS-R (1) para medir los CRR. En el caso de las madres, su información sobre complicaciones obstétricas se recopiló utilizando la Escala de Complicaciones Obstétricas de Murray-Lewis (2) y una adaptación del cuestionario ELEAT (3). El estrés materno durante el embarazo se recogió con una adaptación local del cuestionario SRRS (4).

Resultados

El estrés materno durante el embarazo se relacionó positivamente con los comportamientos estereotipados en hijos TEA (r=0,232, p=0,018), y ambas variables estaban significativamente correlacionadas con mayor número de complicaciones obstétricas prenatales (r=0,205, p=0,027 y r=0,253, p=0,001 respectivamente). Concretamente, las madres que tuvieron infecciones durante el embarazo tuvieron hijos con más comportamientos estereotipados (U=609, p<,001).

Conclusiones

El estrés durante el embarazo y las complicaciones obstétricas parecen preceder la presencia de comportamientos estereotipados en la descendencia autista. La relación fisiopatológica entre ambos factores relacionados con el embarazo y la variable dependiente necesita más estudio.

Financiamiento

Financiado por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) PI14/02103.

Referencias

1. Lam KSL,Aman MG. The Repetitive Behavior Scale-Revised: independent validation in individuals with autism spectrum disorders. J Autism Dev Disord.05;37(5):855-66.2007
2. Lewis, S. W.,Owen, M. J., - Murray, R. M. Obstetric complications and schizophrenia: methodology and mechanisms. Schizophrenia: scientific progress.1989:56-68.
3. Schmidt RJ. "The Early Life Exposures Assessment Tool (ELEAT) for Autism". 2013 International Meeting for Autism Research;2013;
4. Holmes TH,Rahe RH. The social readjustment rating scale. J Psychosom Res.1967.

P52 DESCIFRANDO LA ARQUITECTURA DE RIESGO GENÉTICO DEL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO EN LA ADOLESCENCIA

AUTORES: Martínez Serrano, Irene[1]; Ortuño, María[1]; G Segura, Àlex[2]; Fortea, Adriana[1,3]; De La Serna, Elena[3,4]; Ilzarbe, Daniel[3,4]; Mas, Sergi[2]; Baeza, Inmaculada[1,3 4,5]; Castro-Fornieles, Josefina[1,3,4,5]; Sugranyes, Gisela[1,3,4]

[1] Fundació Clínic Recerca Biomèdica - Institut D'investigacions Biomèdiques August Pi I Sunyer- IDIBAPS, Barcelona
[2] Departamento de Fundamentos Clínicos, Universitat de Barcelona
[3] Servicio de Psiquiatría Y Psicología, Hospital Clínic I Universitari De Barcelona;
[4] Centro de Investigación Biomédica en red de Salud Mental CIBERSAM, Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, Hospital Clínic I Universtiari de Barcelona, 2021SGR01319
[5] Institut de Neurociències, Universitat de Barcelona

Introducción

Las psicosis de inicio reciente son especialmente desafiantes debido a su impacto en el declive cognitivo y funcional de los afectados. Se ha asociado este inicio temprano con diversos factores, incluyendo un importante factor de riesgo genético. Estudios recientes han demostrado que cientos o miles de variantes genéticas comunes influyen en la susceptibilidad a desarrollar diferentes trastornos psiquiátricos (1). La Puntuación de Riesgo Poligénico (PRS) condensa este riesgo genético en una variable que aporta información sobre la vulnerabilidad genética individual. Dada la existencia de la distinción entre psicosis afectivas (A-FEP) y no afectivas (NA-FEP), el estudio actual tiene como objetivo explorar el potencial uso de diferentes PRS para diferenciar entre ambos subtipos y controles sanos (HC).

Metodología

Nuestra muestra incluyó a 200 participantes (61 A-FEP;42 NA-FEP;97 HC) entre 10-17 años. Utilizando PRS construidos con PRS-CS y estandarizados para 3 enfermedades psiquiátricas y 3 fenotipos cognitivos construidos a partir de las últimas estadísticas de referencia disponibles, realizamos modelos de regresión lineal ajustados por los 10 primeros componentes del análisis de componentes principales genético, la edad y el sexo.

Resultados

Un efecto de grupo significativo se observó en PRS de esquizofrenia (SZ), trastorno bipolar (BD), depresión mayor (MDD) y formación académica (EA). Las comparaciones por pares revelaron que en el grupo NA-FEP tanto el PRS-SZ como el PRS-MDD son más altos que HC (p.adj = 0,01; p.adj = 0,01) y PRS-EA es más bajo en NA-FEP que en A-FEP y HC (p.adj = 0,04; p.adj< 0,001). En cambio, el grupo A-FEP demostró valores más altos de PRS-SZ, PRS-BD y PRS-MDD que HC (p.adj = 0,01; p.adj = 0,02; p.adj = 0,04).

Conclusiones

Nuestros hallazgos revelan una nueva evidencia de la existencia de un perfil genético de susceptibilidad cognitiva que afecta la formación académica de manera distinta entre NA-FEP y A-FEP en comparación con HC. Además, sugieren que puede haber un componente genético de psicopatología no solo compartido, sino también específico. Los próximos pasos de la investigación incluyen la introducción de estos PRS en modelos predictivos con el fin de mejorar la capacidad discriminativa y facilitar el desarrollo de estrategias de prevención y tratamiento más efectivas.

Financiamiento

Este estudio ha sido financiado por el Instituto de Salud Carlos III cofinanciado por la Unión Europea con fondos FEDER (FIS PI11/1349, PI15/0444, PI18/0242, PI18/00976, PI2000654, PI2100330, PI210391, PI2100519, FORT23/00002_SUGR_G6), la Fundación Alicia Koplowitz y European Commission H2020 (101057529).

Referencias

1. Smoller, Jordan W et al.Psychiatric genetics and the structure of psychopathology. Mol psychiatry 2019; 24: 409-420. https://doi.org/10.1038/s41380-017-0010-4

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL
Volumen 41, Suplemento 1, (2024).

P53

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ESCOLARIZADA EN EDUCACIÓN ESPECIAL ATENDIDA EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DEL VALLÉS OCCIDENTAL ESTE

AUTORES: Medina Pérez, L[1]

[1] Hospital Universitario Parc Tauli Sabadell

Introducción

La atención en la comunidad está adquiriendo cada vez mayor importancia en el ámbito de la salud mental. Por esta razón, en el Vallès Occidental Este se ha elaborado un convenio entre los responsables de salud mental y los de educación para mejorar la atención de los niños con trastorno del espectro autista (TEA). Este soporte al niño con TEA incluye las aulas Soporte Intensivo de Escolarización Inclusiva (SIEI) en escuela ordinaria y el apoyo a la educación especial en función de la gravedad. En ambos casos, regularmente se desplaza un psicólogo del centro de salud mental infanto-juvenil a las escuelas para ayudar en la atención y coordinación.

Metodología

Es un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de una muestra obtenida de los pacientes atendidos en el centro de salud mental infantil del Vallès Occidental Este y que asisten a un centro de educación especial.

Resultados

Se trata de una muestra de 196 pacientes, con edades entre los 6 y los 21 años. Todos los pacientes presentan una discapacidad intelectual entre leve (34%) y grave (66%). Como comorbilidades principales presentan: trastorno del espectro autista (100%), trastorno por déficit de atención e hiperactividad (62%), trastorno negativista desafiante (25%), trastornos afectivos (2%) y trastorno mental grave (72%).
El 82% de los pacientes tienen prescritos, al menos, 1 tratamiento farmacológico. Todos los pacientes han sido visitados, al menos una vez al mes durante el último año.

Conclusiones

Los menores que acuden a centros de educación especial son especialmente vulnerables y precisan de un seguimiento estrecho.
La patología dual (al menos dos diagnósticos psicopatológicos) y la prescripción farmacológica es altamente frecuente en este tipo de pacientes.
La intervención en salud mental comunitaria en el medio natural favorece la vinculación a los servicios de salud mental y disminuye el absentismo escolar.
Este programa favorece la coordinación sanidad-escuela-familia permitiendo un mayor conocimiento de los casos y una visión holística de la intervención.

Basado en el convenio establecido por el Departamento de Salud y Departamento de Educación de la Generalitat de Catalunya creado en el año 2005. Asesoramiento de profesionales de la Salud Mental Infanto-Juvenil a centros públicos y concertados de Educación Especial.

P54 DESCRIPCIÓN DE PACIENTES INGRESADOS POR TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA E INFLUENCIA DE LA PANDEMIA COVID 19

AUTORES: Riesgo Rubio, Aroa[1]; Castellanos Mata, Andrea[1]; Cabeza Antuña, Andrea[1]; González Jiménez, David[1]; Seijo Zazo, María Elisa[1]; Fernández Miaja, María[1]

[1] Hospital Universitario Central de Asturias

Introducción

En los últimos años, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han aumentado en población infantojuvenil, especialmente tras la pandemia COVID-19. El objetivo de este estudio es describir los pacientes ingresados por TCA en un hospital de tercer nivel y analizar el impacto de la pandemia.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo de pacientes menores de 18 años diagnosticados de TCA ingresados en los últimos 10 años. Se compararon dos periodos de tiempo: prepandemia (desde diciembre de 2014 hasta marzo de 2020) vs postpandemia (hasta diciembre de 2023). Como variable somatométrica se utilizó el índice de masa corporal (IMC) y como análisis estadístico T de student para muestras independientes, los resultados se expresan como media y desviación estándar.

Resultados

Obtuvimos una muestra de 113 pacientes de los cuales el 88,5% (100) eran mujeres. La edad media fue 14,4 ± 0,2 años. Un 72,1% fueron derivados desde Salud Mental, un 13,5% desde el servicio de Urgencias y un 6,3% desde Atención Primaria. El 84,1% fueron diagnosticados como anorexia nerviosa subtipo restrictivo. El número de ingresos prepandemia fue 43 y posteriormente 70. La edad media prepandemia fue 14,4 ± 2,1 años y postpandemia 14,5 ± 1,7 años. Sobre la somatometría al ingreso, de un total de 21 pacientes con desnutrición moderada, el 57,1% ingresaron postpandemia. De 47 pacientes con desnutrición leve, el 59,6% ingresaron postpandemia. De 21 pacientes sin desnutrición, el 57,1 % ingresaron postpandemia.
El número de ingresos por otras patologías psiquiátricas prepandemia fue 464, con una media de 92,8 ± 11,6 por año y postpandemia 463 con una media de 116 ± 29,8.

Conclusiones

Según lo observado, la pandemia COVID-19 ha supuesto un incremento de ingresos por TCA en menores de 18 años, aunque no hemos observado variación en la edad de presentación ni en el IMC en el momento del ingreso. Además, los ingresos por otras patologías psiquiátricas también han aumentado.

Referencias

1. Milliren CE, Richmond TK, Hudgins JD. Emergency Department Visits and Hospitalizations for Eating Disorders During the COVID-19 Pandemic. Pediatrics. 1 de enero de 2023;151(1):e2022058198.
2. Pastore M, Indrio F, Bali D, Vural M, Giardino I, Pettoello-Mantovani M. Alarming Increase of Eating Disorders in Children and Adolescents. The Journal of Pediatrics. 1 de diciembre de 2023;263.

P55 INICIO DEL CAMINO DE APRENDIZAJE EN LA REGULACIÓN EMOCIONAL. ADOLESCENTES Y FAMILIAS

AUTORES: Hernández-Antón, R[1]; Parini, M[2]; del Pino-Podadera, A[1]; Varela-Casal, P[1]; Brugué-González, O[1]; Pita de la Vega-García , J[1]

[1] Consorci Sanitari del Maresme
[2] Consorci Sanitari del Maresmes

Introducción

Este proyecto de programa surge de la consternación de los psicoterapeutas ante el incremento de conductas autolesivas/ autopunitivas en población infanto-juvenil. Actualmente, en consulta, estamos viendo muchos casos que no cuadran con los cuadros (trastornos de ansiedad, depresivos, trastorno por déficit de atención e hiperactividad…) descritos por las clasificaciones actuales. Estos cuadros tienen una característica común: la desregulación emocional. Ante este incremento de niños y jóvenes desregulados, nos vemos en la necesidad de formarnos y abordar estos casos con un punto de vista diferente; lo cúal, se pretende con este programa.

Metodología

Objetivos:
Psicoeducación de las emociones.
Psicoeducación para padres.
Las habilidades a trabajar:

- Habilidades básicas para tomar conciencia de uno mismo. Consciencia. Estados Mentales.
- Reestructuración cognitiva
- Habilidades de efectividad interpersonal.
- Habilidades de regulación emocional.
- Habilidades de tolerancia al malestar.

Método:
Grupos de 8-10 personas.
Adolescentes de 12 a 18 años junto a sus padres.
Estarán divididos por edades: un grupo de 12 a 15 años y otro grupo de 16 a 18 años.
Se dividirán en: rasgos de TLP y autolesiones sin finalidad letal; trastornos emocionales y de conducta graves; trastorno del espectro autista.
16 sesiones
Se utilizarán escalas que midan malestar emocional, desregulación, ansiedad y sintomatología depresiva en adolescentes y escalas de crianza positiva en los padres. Se pasarán en las sesiones inicial y final del grupo.

Resultados

Hubo mejoría en las habilidades emocional, conductual, cognitiva, interpersonal y de autorregulación de los adolescentes.
No se recogieron visitas al Servicio de Urgencias durante la duración del grupo.
No hubo ingresos hospitalarios durante la duración del grupo.
Mejoró la comunicación en domicilio y por tanto, las discusiones y las alteraciones de conducta.
Se redujo el estrés de los padres.

Conclusiones

Estamos en una era de cambios sociales y creemos que debemos abordarlos desde otro paradigma.
Cuando se trabaja intensamente con la familia se consiguen mejores resultados en los adolescentes.

Referencias

1. Kabat-Zinn J., La práctica de la atención plena, Kairós, 2013.
2. Simón V., Aprende a practicar mindfulness, Sello Editorial, 2011
3. Marsha M. Linehan. DBT Skills Trainning. Handhouts and Worksheets. 2nd edition. New York, NY, US: Guildford Publications. 2015
4. Rathus and Miller. DBT Skills Manual for Adolescents. Guildford Publication. 2015

P56 EL HOSPITAL DE DÍA DE ADOLESCENTES DEL CIJ SARALEGI, PRIMEROS PASOS. UN ANÁLISIS DESCRIPTIVO

AUTORES: Aguirregomoscorta-Menéndez, F[1]; Labrada-Lerma, A[1]; Varillas-Taetz, C[1]; Kerexeta-Lizeaga, I[1]; González-Anido, A[1]; Sesma-Pardo, E[2]; Díaz-Cosgaya, A[3]; Mancebo-Fernández, G[4]; Fernández-Rivas, A[5]; González-Torres, MA[6]

[1] Centro Infantojuvenil Saralegi, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, España
[2] Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Adolescentes, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, España
[3] Unidad de Hospitalización Psiqhuiátrica de Adolescentes, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, España
[4] Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Adolescentes, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao
[5] Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Adolescentes, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao
[6] Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, España

Introducción

El hospital de día es el recurso sanitario que ha experimentado un mayor auge en la población infantojuvenil en los últimos años. En la CAPV se abrieron en el año 2021 tres recursos intermedios de este tipo para adolescentes, entre ellos se encuentra el del CIJ Saralegi, parte del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Basurto.

Metodología

Realizamos un análisis estadístico descriptivo de los pacientes atendidos durante los dos primeros años del dispositivo (13/10/2021 - 31/12/2023).

Resultados

Durante este periodo se dio de alta a 99 pacientes (92 de sexo femenino). Considerando todas las pacientes atendidas, la estancia media fue de 95,76 días; si contamos solo a aquellas que completaron más de dos semanas de tratamiento, esta asciende hasta 102,45 días. Los diagnósticos más frecuentes fueron los trastornos del comportamiento alimentario (51 pacientes). 10 de estas presentaron también de un trastorno de personalidad comórbido. Dentro de este último grupo, la duración media del ingreso fue de 93,45 días para un solo diagnóstico frente a 123,6 para aquellas con un trastorno de personalidad asociado.

Conclusiones

Los pacientes con comorbilidad caracteriológica tuvieron estancias medias más largas. En comparación muestras nacionales (1,2) y extranjeras (3,4), observamos más pacientes atendidos al año, mucho menor proporción de varones y una mayor frecuencia de diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria. En estas muestras encontramos también una importante presencia de trastornos de personalidad.

Referencias

1. Gómez-Peinado A, Cano-Ruiz P, Sánchez-García MD, Cañas-Fraile S. Características sociodemográficas y perfil clínico de los pacientes ingresados en el Hospital de día Infanto-juvenil de Albacete. En: 17º Congreso Virtual de Psiquiatria.com Interpsiquis 2016. www.interpsiquis.com, febrero de 2016.
2. Rodríguez A, Villar A, Ezquiaga I, Rodríguez I, Fernández A, Garci E, Nascimento MT, Batlle S, Martín LM. Estudio descriptivo de los adolescentes atendidos al Hospital de Día Infantojuvenil durante la pandemia COVID-19. En: 65 Congreso Nacional AEPNYA. Madrid, 15 – 17 de junio de 2022.
3. Sannie J, Cohen D. Short Research Article: Opening a new CAMHS day hospital – does it affect inpatient admissions and does it help at all? Child and Adolescent Mental Health 2023. https://doi.org/10.1111/camh.12680
4. Ünver H, Kara İ, Çakın Memik N, Yıldız Gündoğdu Ö, Coşkun A. Ten-Year Experience Outcomes of a Day Treatment for Children and Adolescents with Psychiatric Disorders. Arch Neuropsychiatry 2019; 56: 283-287. https://doi.org/10.29399/npa.23527

P57

ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO DE UNA COHORTE DE PACIENTES INFANTO-JUVENIL QUE INGRESARON EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA INFANTOJUVENIL (UHP-IJ) DESDE EL AÑO 2015 AL 2023

AUTORES: Hernández-Antón, R[1]; Parini, M[2]; del Pino-Podadera, A[1]; Varela-Casal, P[1]; Brugué-González, O[1]; Pita de la Vega-García , J[1]

[1] Consorci Sanitari del Maresme
[2] Consorci Sanitari del Maresmes

Introducción

El aumento de la demanda en los servicios de salud mental infanto-juvenil a raíz de la pandemia COVID es un hecho conocido. En la literatura hay numerosos estudios que abordan las consecuencias indirectas de la pandemia para niños y adolescentes. En contrapartida, nos encontramos con los escasos recursos tanto humanos como materiales disponibles sin que las políticas sanitarias de implementación hayan avanzado en este sentido en la mayor parte del territorio nacional.
El objetivo de este estudio es describir el aumento de la demanda asistencial en la UHP-IJ del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), mediante una revisión retrospectiva del número de ingresos del año 2015 al 2023 atendiendo a la edad de los pacientes.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo en el que se han recopilado datos desglosados por edad de los ingresos en la planta de hospitalización psiquiátrica del Hospital Universitario Central de Asturias desde el año 2015 hasta el 2023.

Resultados

El número de ingresos totales por año fue: 102 en 2015, 88 en 2016, 77 en 2017, 91 en 2018, 106 en 2019, 86 en 2020, 114 en 2021, 106 en 2022 y 157 en 2023.
Si comparamos 3 años pre-pandemia (2017, 2018 y 2019) con 3 años postpandemia (2021, 2022 y 2023) el resultado es de 274 frente a 377 ingresos. Hemos excluido el año 2020 al no poder cuantificar cuantos fueron previos a marzo de 2020.
El número de ingresos por edad en todos los años estudiados fue: del grupo de 12 años 17, del de 13 años 101, del de 14 años 147, del de 15 años 229, del de 16 años 204 y del de 17 años 230.

Conclusiones

Hay un claro aumento de la demanda asistencial hospitalaria.
A la luz de los resultados expuestos, parece razonable inferir que hay y seguirá habiendo escasez de psiquiatras de niños y adolescentes en el futuro.
Se consideran necesarias políticas innovadoras en salud mental infanto-juvenil.

Referencias

1. Brasso C, Bellino S, Blua C, Bozzatello P, Rocca P. The Impact of SARS-CoV-2 Infection on Youth Mental Health: A Narrative Review. Biomedicines 2022;10 (4): 772. https://doi.org/10.3390/biomedicines10040772.
2. Panchal U, Salazar de Pablo G, Franco M, Moreno C, Parellada M, Arango C, et al. The impact of COVID-19 lockdown on child and adolescent mental health: systematic review. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2023; 32 (7):1151-77. https://doi.org/10.1007/s00787-021-01856-w.

P58 USO DE CARIPRAZINA EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL

AUTORES: Casado De la Torre, Patricia[1]; Gil Sánchez, Carmen María[1]; Fernández García, Esther[1]

[1] Hospital Universitario Punta de Europa/Hospital Nuevo de la Línea de la Concepción

Introducción

La cariprazina ha sido aprobada por la FDA para el tratamiento de la esquizofrenia, el tratamiento agudo del trastorno bipolar tipo I, la depresión bipolar, y como adyuvante en el tratamiento del trastorno depresivo mayor. Su indicación solo está recogida en adultos, no siendo extensible para su uso en población infanto-juvenil.

Metodología

Revisión bibliográfica con búsqueda en distintas bases de datos (Pubmed, Cochrane). Términos de búsqueda: "cariprazine", "pediatric patients", "autism spectrum disorder", "bipolar I disorder", "psychotic". Cribado de artículos y guías teniendo en cuenta fecha de publicación (últimos 10 años).

Resultados

La búsqueda bibliográfica encontró dos ensayos clínicos abiertos.

En un estudio de 2023, donde participaron 25 pacientes varones, de 5 a 17 años con diagnóstico de TEA, se demostró que la cariprazina mejoraba los síntomas durante todo el período de tratamiento con dosis de hasta 1,5 mg (grupo 5 a 12 años de edad) y hasta 3 mg (grupo 13 a 17 años de edad). Solo se reportó un efecto adverso, siendo considerado leve. Se observaron mejoras en todos los criterios de valoración de la eficacia exploratoria, destacando una mejora en los síntomas de irritabilidad asociada al TEA (ABC-I) (1).

En otro estudio, se incluyó a 50 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (de 13 a 17 años) o trastorno bipolar I (de 10 a 17 años). Se observaron mejoras desde el punto de referencia en el PANSS y en el YMRS durante todo el tratamiento (2).

Conclusiones

Con base en la bibliografía disponible, el perfil farmacocinético de cariprazina en pacientes pediátricos fue consistente con el observado en adultos. Hasta el momento, la cariprazina parece ser segura y bien tolerada en población pediátrica de 10 a 17 años. La mejora de los síntomas psiquiátricos proporciona apoyo para la futura investigación del uso de cariprazina en niños y adolescentes con distintos trastornos psiquiátricos.

Referencias

1. Yeung PP, Johnson KA, Riesenberg R, Orejudos A, Riccobene T, Kalluri HV et al. Cariprazine in Pediatric Patients with Autism Spectrum Disorder: Results of a Pharmacokinetic, Safety and Tolerability Study. J Child Adolesc Psychopharmacol 2023; 33:6, 232-242. https://doi.org/10.1089/cap.2022.0097
2. Riccobene T, Riesenberg R, Yeung PP, Earley WR, Hankinson AL. Pharmacokinetics, Safety, and Tolerability of Cariprazine in Pediatric Patients with Bipolar I Disorder or Schizophrenia. J Child Adolesc Psychopharmacol 2022; 32:8,434-443. https://doi.org/10.1089/cap.2021.0139

P59 FALSOS POSITIVOS Y FALSOS NEGATIVOS EN EL INSTRUMENTO ADOS-2 EN UNA MUESTRA DE PACIENTES COMPLEJOS DEL HGU GREGORIO MARAÑÓN

AUTORES: García Linares, Ernesto[1]; López Moreno, Laura[2]; Huertas Patón, Abigail[2]; Boada Muñoz, Leticia[2]; Hernández Jusdado, Patricia[2]; San José Cáceres, Antonia[2]; Nieto, Adoratriz[2]; Mota, Macarena[2]; Parellada Redondo, Mara[2]

[1] Instituto de Investigación Sanitaria del Gregorio Marañón
[2] Instituto de Investigación Sanitaria del Gregorio Marañón, Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Introducción

La última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales [DSM-5] (1) adopta la denominación Trastorno del Espectro Autista (TEA) con la intención de reflejar la variabilidad sintomatológica a nivel cualitativo y cuantitativo que se evidencia en el trastorno, en cuanto a capacidad intelectual, características sensoriales o niveles de funcionamiento social (2). Una de las herramientas de evaluación más utilizadas para desarrollar un posible diagnóstico de TEA es el ADOS-2. Aun así, la especificidad de la prueba respecto al diagnóstico clínico no es del 100%. El objetivo de este estudio es valorar, en una cohorte de casos atendidos en consulta especializada, los falsos positivos y falsos negativos con el uso de ADOS-2.

Metodología

Se seleccionaron 1608 pacientes, que habían acudido a la consulta de Diagnóstico Complejo del H.G.U. Gregorio Marañón de Madrid, previamente evaluadas por neurólogo/as o psiquiatras y psicólogo/as clínico/as, desde 2016, hasta la actualidad. De estos, un total de 1140 fueron evaluados con la prueba ADOS-2 (80.3% hombres VS 19.7% mujeres). Se ha calculado la sensibilidad y especificidad de cada módulo de dicho instrumento.

Resultados

La tasa de falsos positivos totales fue del 12,6%, mientras que la tasa de falsos negativos totales fue del 19,6%. La mayor cantidad de estos errores se dan, fundamentalmente en los módulos 3 (11.81% de falsos negativos y 16.66% de falsos positivos) y 4 (34.78% de falsos negativos y 31.15% de falsos positivos), que corresponden a las evaluaciones a pacientes con lenguaje fluido y de mayor edad; mientras que los resultados del ADOS-2 se ajustaron mejor al diagnóstico clínico en los módulos 1 (5.93% de falsos negativos y 11,86% de falsos positivos) y 2 (7,05% de falsos negativos y 14,11% de falsos positivos), es decir, en pacientes que aún no se comunican con frases.

Conclusiones

Como ocurre en otros estudios (4, 5) se observa que la capacidad para detectar casos TEA o descartarlos es inferior en el ADOS-2 cuando se aplica a pacientes complejos con lenguaje fluido, por lo que en estos casos debemos ser especialmente cautos a la hora de interpretar de forma aislada los resultados del ADOS-2 y contar con otras herramientas complementarias de evaluación. Además, analizar el conjunto de módulos nos puede permitir crear modelos de regresión lineal múltiple que nos ayuden a predecir el diagnóstico clínico en función de las puntuaciones del ADOS-2.

Referencias

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association; Washington D.C.; 2013.
2. Fegerman N, Grañana N. Neuropsicología Infantil. Paidós; 2017.
3. Lord C, Rutter M, DiLavore P, Risi S, Gotham K. Bishop S. Autism diagnostic observation schedule second edition (ADOS-2) manual (Part 1): Modules 1-4. Western Psychological Services. https://doi.org/10.1007/s10803-014-2080-3
4. Falkmer T, Anderson K, Falkmer M, Horlin C. Diagnostic procedures in autism spectrum disorders: a systematic literature review. Eur Child Adolesc Psychiatry 2013; 22(6): 329-40. https://doi.org/10.1007/s00787-013-0375-0
5. Ousley O, Cerman T. Autism Spectrum Disorder: Defining Dimensions and Subgroups Curr Dev Disord Rep 2014; 1(1): 20-8. https://doi.org/10.1007/s40474-013-0003-1

P60 CORRELATOS ANATÓMICOS DEL TRASTORNO DE PÁNICO EN ADOLESCENTES: PRIMERA EVIDENCIA DE LA PARTICIPACIÓN DE LA CORTEZA CINGULADA ANTERIOR

AUTORES: Szeghalmi, Liliana[1]; Muñoz, Daniel[2]; Albaiges, Natalia[2]; Bergé, Daniel[3]; Stephan-Otto, Christian[2]; Vilarroya, Oscar[3]; Via, Esther[2]

[1] Bethesda Hospital Budapest
[2] Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona
[3] Hospital del Mar Medical Research Institute (IMIM)

Introducción

El trastorno de pánico (TP) se ha asociado con alteraciones arquitectónicas y funcionales en regiones cerebrales responsables del procesamiento de los aspectos emocionales, interoceptivos, conductuales y vegetativos relacionados con el miedo y la ansiedad. Los estudios en adultos con TP han observado cambios de volumen de sustancia gris (GMV) en comparación con sujetos sanos (CS) en regiones prefrontolímbicas (1), pero no existen datos en población infanto-juvenil.

Metodología

Un grupo de adolescentes con diagnóstico de TP y un grupo de adolescentes CS fueron evaluados clínicamente y mediante una sesión de resonancia magnética (RM 1.5T, secuencia estructural T1). El grupo TP fue evaluado también con RM después de 12 sesiones de terapia cognitivo-conductual (TCC). Se evaluó la clínica de ansiedad mediante las escalas ESAP, STAI, ASI. Se realizó una comparación vóxel-a-vóxel de todo el cerebro en GMV entre TP y CS y de forma exploratoria en TP antes y después de TCC usando los programas Matlab y SPM12. La edad, el sexo y el GMV global fueron variables de confusión en el modelo. Los síntomas ansiosos se correlacionaron con la medida de GMV de regiones con diferencias significativas. Se estableció un umbral p corregido por clúster (PFWE)<0.05.

Resultados

Se incluyeron 19 pacientes con TP (9 varones; 15,3 +/-1,6 años) y 12 CS (6 varones; 14,9 +/-1,8 años); 13 TP se mantuvieron en el seguimiento. Se observó aumento de GMV en la corteza cingulada dorsomedial (dmACC) (T=4.49, PFWE cluster=.002) en TP comparado con CS. No surgieron correlaciones significativas. El análisis exploratorio de los datos longitudinales mostró una disminución significativa del volumen del dmACC entre los dos tiempos. No surgieron correlaciones significativas.

Conclusiones

La corteza cingulada anterior (ACC), en sus regiones anteriores, es relevante para la regulación emocional y el procesamiento del miedo. Se sugiere que en TP, ACC regula de forma disfuncional la hiperactivación de áreas subcorticales. Alteraciones estructurales en ACC están ampliamente replicadas en estudios de ansiedad en adultos, pero hallan disminución de volumen, no aumento. El sentido opuesto de nuestros datos podría relacionarse con mecanismos compensatorios. Estos cambios podrían mejorar con TCC, aunque este resultado es preliminar. Se necesitan estudios de replicación.

Referencias

1. Cardoner N, Andero R, Cano M, et al. Impact of Stress on Brain Morphology: Insights into Structural Biomarkers of Stress-related Disorders. Curr Neuropharmacol. 2024;22(5):935-62.
2. Greco JA, Liberzon I. Neuroimaging of Fear-Associated Learning. Neuropsychopharmacology. 2016 Jan;41(1):320-34.

P61 MÁS ALLÁ DE LA ESTABILIDAD CLÍNICA, LA NECESIDAD DE TRABAJO SOCIAL PARA EVITAR LA EXCLUSIÓN SOCIAL Y ACOMPAÑAR EN LA CONSTRUCCIÓN DE UN PROYECTO DE VIDA

AUTORES: Insa Pineda, Inmaculada[1]; Planas Bas, Anna[2]; de Pedro Melgarejo, Francisco[2]; Rueda Bárcenas, Isabel[2]; Lamborena Ramos, Cristina[2]; Prieto Toribio, Tania[2]; Esteban Sanjusto, Marina[3]; Solà Nebot, Gemma[2]; Barneo Rodríguez, Paula[2]

[1] Unitat Terapèutica Educativa Acompanya'm. Área de Salud Mental. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona, España. Grupo de Recerca en Trastornos Mentales en la Infancia y la Adolescencia. Institut de Recerca San Joan de Déu
[2] Unitat Terapèutica Educativa Acompanya'm. Área de Salud Mental. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona
[3] Unitat Terapèutica Educativa Acompanya'm. Área de Salud Mental. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona

Introducción

Sabemos que la infancia y la juventud son períodos críticos del neurodesarrollo (1, 2) y su evolución tendrá grandes implicaciones en la edad adulta. Hay una población especialmente vulnerable, donde se suman factores de salud mental y relacionados con el entorno sociofamiliar de desprotección, se trata de menores tutelados por la Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia (DGAIA).

La Unidad Terapéutica Educativa Residencial Acompanya'm del Hospital Sant Joan de Déu Barcelona, es un centro integrado en la red sanitaria pública que nace de una propuesta conjunta entre el Departamento de Derechos sociales y el Departamento de Salud, destinado a la atención integral de menores que padecen una enfermedad mental compleja y vulnerabilidad psicosocial.

Metodología

Estudio observacional de los pacientes atendidos en la unidad. Se han recogido gestiones de área de promoción a la autonomía como solicitudes del grado de discapacidad, valoraciones de EVO laboral, solicitudes para orientación a servicios residenciales para personas con discapacidad y servicios de vivienda para personas con problemática social derivada de enfermedad mental.

Resultados

El 55,8% (n=62) usuarios se valoró el CAD y en el 34,2% (n=38) se solicitó el grado de dependencia. En el 20% (N=23) de los usuarios pasaron el EVO laboral. En 31 casos se hizo la solicitud de orientación residencial a la discapacidad y en 10 se solicitó el acceso a la vivienda para personas con problemática social.

Conclusiones

Los pacientes con Trastorno mental severo y vulnerabilidad psicosocial se encuentran en riesgo de exclusión y marginación social. Este riesgo aumenta cuando se trata de jóvenes que no cuentan con apoyo familiar, sobre todo en la transición a la vida adulta.

Existe una falta de recursos a pisos de la administración en caso de pacientes con trastorno mental grave que sean supervisados por profesionales expertos en salud mental.

Referencias

1. Arnett, J. J., Žukauskienė, R., - Sugimura, K. (2014). The new life stage of emerging adulthood at ages 18–29 years: Implications for mental health. The Lancet Psychiatry, 1(7), 569-576.
2. Paus, T., Keshavan, M., - Giedd, J. N. (2008). Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence?. Nature reviews neuroscience, 9(12), 947-957.

P62 SALUD MENTAL PERINATAL EN MUJERES EN PROCESOS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA: EVALUACIÓN DE UNA MUESTRA DE MUJERES ATENDIDAS EN UN PROGRAMA ESPECIALIZADO

AUTORES: Paricio del Castillo, Rocio[1]; Díaz de Neira Hernando, Mónica[1]

[1] Hospital Universitario Puerta de Hierro

Introducción

En España, actualmente 1 de cada 10 nacidos vivos ha sido concebido por Tratamiento de Reproducción Asistida (TRA), que se asocian a una peor salud mental materna (1,2,3). La presente comunicación analiza los problemas de salud mental perinatal de un grupo de madres sometidas a TRA.

Metodología

Se realizan dos entrevistas dirigidas, en la derivación y a los 3 meses postparto, a 15 mujeres atendidas en 2023 en el programa de Salud Mental Perinatal del H.U. Puerta de Hierro.

Resultados

La edad media de las mujeres de la muestra fue de 39 años. Las mujeres atribuían su malestar durante las TRA a la infertilidad (66%), los tratamientos médicos (33%), y la incertidumbre (100%). 1/3 de las mujeres recurrieron a ovodonación. Las mujeres con discursos desesperanzados durante la búsqueda de embarazo mantuvieron sintomatología depresiva postparto. Las madres sin pareja (20%) mantuvieron mejor estado afectivo gestacional, pero más dificultades afectivas postparto. Las madres por ovodonación expresaron dificultades para identificarse con sus bebés.

Conclusiones

Las TRA puede ser altamente estresantes para las mujeres, y un 37% presentarán dificultades emocionales tras el fin de las mismas (5,6). Se señala la importancia de investigar mejor la maternidad sin pareja y la ovodonación como posibles factores de riesgo para desarrollar problemas afectivos.

Referencias

1. Ministerio de Sanidad y Sociedad Española de Fertilidad. Registro Nacional de Actividad 2018-Registro SEF. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020.
2. Poupart J, Collée J, Henry L, Malchair A. Mental health of children conceived after assisted reproductive treatment. Rev Med Liege. 2023;78(10):571-575.
3. Hanson B, Johnstone E, Dorais J, Silver B, Peterson CM, Hotaling J. Female infertility, infertility-associated diagnoses, and comorbidities: a review. J Assist Reprod Genet. 2017;34(2):167-177.
4. Paricio del Castillo, R. Salud Mental Perinatal y Reproducción Asistida por Ovodonación: un análisis de la situación actual en España. Revista Iberoamericana De Fertilidad Y Reproducción Humana, 2022; 39(3).
5. Morreale M, Balon R, Tancer M, Diamond M. The impact of stress and psychosocial interventions on assisted reproductive technology outcome. J Sex Marital Ther. 2011;37(1):56-69. https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.533584.
6. Sofia Gameiro, Alexandra W. van den Belt-Dusebout, Jesper M.J. Smeenk, Didi D.M. Braat, Flora E. van Leeuwen, Christianne M. Verhaak, Women's adjustment trajectories during IVF and impact on mental health 11–17 years later. Human Reproduction. 2016; 31(8): 1788–1798. https://doi.org/10.1093/humrep/dew131

P63 PROGRAMA DE SALUD MENTAL Y ENLACE CON CENTROS DE EDUCACIÓN ESPECIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

AUTORES: Sevilla Cermeño, Laura[1]; Pérez-Fuentes , Gabriela[2]; Madueño Moreno, Natalia[2]

[1] Hospital General Universitario Gregorio Marañon
[2] Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Introducción

El alumnado de los centros de educación especial se trata de una población vulnerable a sufrir problemas de salud mental. En concreto, se estima que un 40% de los individuos con discapacidad intelectual presentan un diagnóstico clínico de trastorno mental comórbido (1). Sin embargo, el acceso a los servicios de salud mental por parte de los pacientes con discapacidad intelectual es muy inferior al esperado, con numerosas barreras y dificultades para que dicho acceso de produzca, entre las que se encuentra la falta de coordinación entre profesionales y dispositivos encargados de su atención (2). Por ello, la intervención en centros de educación especial, favoreciendo la detección e intervención precoz de psicopatología, y favoreciendo la coordinación entre servicios educativos y sanitarios, resulta muy relevante.

Metodología

Durante esta comunicación se informará de la reciente creación de un equipo pionero a nivel estatal de atención en salud mental a los centros de educación especial públicos de la Comunidad de Madrid. Se definirán las funciones que desempeña el equipo (compuesto por psiquiatra de la infancia y adolescencia, psicóloga clínica y enfermera especialista en salud mental) así como las intervenciones realizadas hasta el momento en base a necesidades de atención detectadas.

Resultados

Desde su puesta en marcha en Octubre de 2023, el equipo ha intervenido en 75 casos de alumnos en los que se ha identificado psicopatología subsidiaria de intervención. Además, se han realizado hasta 30 sesiones formativas en el ámbito de la salud mental infanto-juvenil con profesionales docentes y se han realizado intervenciones grupales de prevención de estrés y burn out con profesionales educativos especialistas en la atención a población vulnerable.

Conclusiones

La intervención en centros de educación especial, favoreciendo la detección e intervención precoz de psicopatología, y favoreciendo la coordinación entre servicios educativos y sanitarios, redunda en una mejor atención al alumnado con discapacidad intelectual y psicopatología.

Referencias

1. Cooper SA, Smiley E, Morrison J, Williamson A, Allan L. Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. Br J Psychiatry. 2007 Jan;190:27-35. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.022483.
2. Erin Louise Whittle, Karen R. Fisher, Simone Reppermund, Rhoshel Lenroot -amp; Julian Trollor (2018) Barriers and Enablers to Accessing Mental Health Services for People With Intellectual Disability: A Scoping Review, Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, 11:1, 69-102, https://doi.org/10.1080/19315864.2017.1408724

P64 EVOLUCIÓN DE UN PROGRAMA DE TRANSICIÓN DE LA ADOLESCENCIA A LA EDAD ADULTA EN LA PROVINCIA DE BARCELONA

AUTORES: Izquierdo Sandoval, Clara[1]; Suelt Cock, Maria José[2]; Cano Vinzo, Judit[1]; Cruz Amengual, Miquel[2]; Calvo Garía, Fran[3]

[1] CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTIL Y JUVENIL DE CALELLA. COMUNITAT TERAPÈUTICA DEL MARESME
[2] CENTRO DE SALUD MENTAL DE ADULTOS DE CALELLA. COMUNITAT TERAPEUTICA DEL MARESME.
[3] UNIVERSITAT DE GIRONA

Introducción

El proceso de transición de los pacientes atendidos en servicios de psiquiatría infanto-juvenil a los servicios de salud mental de adultos constituye un reto asistencial cada vez más desafiante para las instituciones (1). Desde 2017 hasta 2023, la población de 18 a 25 años atendida en el Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) de Calella- Barcelona, ha crecido más del 4%. Este crecimiento impulsó la creación del Programa Passarella en octubre de 2019 con el objetivo de acompañar asistencialmente de forma multidisciplinar esta etapa de elevada vulnerabilidad y disminuir el abandono terapéutico (2, 3).

Metodología

Estudio descriptico de análisis de variables cualitativas y cuantitativas de los 4 años de desarrollo del Programa Passarella (2017-2023) con población de 18 a 25 años. Se describen variables como la evolución diagnóstica, los cambios en la identidad de género, la adherencia al tratamiento, la tasa de abandono y la metodología multidisciplinar del programa.

Resultados

Han sido atendidos 113 pacientes, con un crecimiento progresivo en la atención y la participación de usuarios y familias. En 2020 se incluyeron 26 pacientes en el Programa Passarella, cifra que aumentó a 42 pacientes en 2023. Se han visto reducidos tanto el abandono como las inasistencias del tratamiento en el CSMA de Calella por parte de jóvenes.

Conclusiones

El Programa Passarella ha buscado mejorar la salud mental de los adolescentes, garantizando la continuidad asistencial entre ambos servicios y permitiendo una mayor adherencia al tratamiento de salud mental por parte de los jóvenes.

Referencias

1. Hendrickx G, De Roeck V, Maras A, Dieleman G, Gerritsen S, Purper-Ouakil D, et al. Challenges during the transition from child and adolescent mental health services to adult mental health services. BJPsych Bull. 2020;44(4):163-8. https://doi.org/10.1192/bjb.2019.85.
2. Albaladejo E, Pérez E, Espín JC. Elaboración de un modelo de herramienta de gestión (Ficha de Transición) para pacientes en transición desde los Servicios de Salud Mental del Niño y el Adolescente hacia la Salud Mental de Adultos. Rev Psiquiatr Infanto-Juv. 2020;37(3):20-8. https://doi.org/10.31766/revpsij.v37n3a3.
3. McGorry P, Bates T, Birchwood M. Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK. Br J Psychiatry Suppl. 2013;54:s30-5. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.119214.

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL
Volumen 41, Suplemento 1, (2024).

P65 DESAFÍOS DURANTE LA TRANSICIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES A LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL PARA ADULTOS

AUTORES: López Álvarez, Beatriz[1]; González Gómez, Dulce[1]; Martin Alonso, Carlos[1]; Cosillas Suárez, Pablo[1]; Valero Oyarzábal, Joaquín[1]; López Fraile, Pilar[1]

[1] Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) de Tarragona. Tarragona. España

Introducción

El paso de un Centro de Salud Infanto-Juvenil (CSMIJ) al Centro de Salud de Adultos (CSMA) marca una transición crucial en la atención médica, ya que implica el cambio de un enfoque centrado en la infancia y la adolescencia a otro orientado en el adulto.

Este proceso busca garantizar una atención continua y adaptada a las necesidades específicas de esta población que no solo cambia de especialistas y centro, sino que además está en un punto crítico de su vida con intensos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales.

Metodología

Se revisa la transición de nuestros pacientes del CSMIJ de Tarragona al CSMA de Tarragona.

Se abordan temas clave como la identificación y manejo de condiciones de salud crónicas o específicas de la adolescencia, así como los trastornos del neurodesarrollo que se caracterizan por un retraso o variación en la adquisición de capacidades o destrezas en varios dominios (cognitivo, motor, social o del lenguaje) y que pueden persistir en la adultez.

Se identifican dificultades y barreras en cuanto al acceso adecuado de los pacientes con trastornos del neurodesarrollo a lo largo de las distintas etapas del desarrollo, desde la infancia hasta la edad adulta.

Además, se considera la importancia de los cambios en el cerebro durante la adolescencia y la necesidad de comprensión y apoyo emocional durante este periodo de transición.

Resultados

Resaltamos la colaboración interdisciplinaria entre los profesionales de la salud, psiquiatras y psicólogos clínicos infantojuveniles, psiquiatras y psicólogos clínicos de adultos, incluyendo pediatras y médicos de adultos, con los que nos coordinamos mensualmente para proporcionar una atención coordinada y personalizada.

Necesidad de una mejor comunicación entre departamentos, formación específica, protocolos y equipos multidisciplinarios.

Se trabajan estrategias psicoeducativas para empoderar a nuestros adolescentes en la gestión de su salud y fomentar así la toma de decisiones informada.

Conclusiones

Destacamos la importancia de este cambio en el contexto de la atención médica integral y subrayamos la necesidad de una transición suave para garantizar la continuidad del cuidado.

En conclusión, el paso del CSMIJ al CSMA representa un desafío importante que requiere una planificación cuidadosa, comunicación efectiva y coordinación entre los diferentes profesionales para asegurar una transición exitosa y una atención continua y adaptada a las necesidades cambiantes de cada uno de esta población en crecimiento y desarrollo continuo.

P66 ACTUALIZACIÓN DE LOS CRITERIOS PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS GENÉTICOS EN PACIENTES DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL. CRITERIOS BASADOS EN LA EVIDENCIA

AUTORES: Manso Bazús, Carmen[1]; Spataro, Nino[1]; Pàmias, Montserrat[1]; Ruiz, Anna[1]

[1] Corporación Sanitaria Parc Taulí

Introducción

Con la mejora de las técnicas de secuenciación masiva, la posibilidad de solicitar estudios genéticos a pacientes atendidos en un servicio de salud mental infantil se ha incrementado.
La ausencia de una especialidad en genética clínica hace que no exista un protocolo consensuado y homogéneo en los estudios genéticos y que garantice la equidad en la población.

Metodología

En el Centro de Medicina Genómica del hospital Parc Taulí hemos visto un incremento exponencial del número de pacientes visitados en los últimos años.
Con el propósito de crear un algoritmo de derivación y de diagnóstico, hemos revisado los estudios de secuenciación masiva realizados en nuestro hospital en pacientes con trastornos del neurodesarrollo/salud mental durante los años 2022 y 2023, para obtener un perfil de derivación actualizado.
Por otra parte, hemos revisado la bibliografía actual sobre criterios para realizar estudios genéticos a niños/adolescentes con patología de salud mental, revisando las tasas diagnósticas publicadas.

Resultados

Durante los años 2022-2023 se han realizado un total de 156 exomas asistenciales, mayoritariamente en pacientes pediátricos. Los principales diagnósticos recogidos son: discapacidad intelectual, retraso general del desarrollo, trastorno del espectro autista (tipos 1,2,3), trastorno del lenguaje y trastorno de la coordinación motora, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, epilepsia o deseo reproductivo. Hemos identificado un total de 22 variantes patogénicas/probablemente patogénicas, con una tasa de diagnóstico del 14,1%.
Se han revisado los criterios diagnósticos publicados: I) discapacidad intelectual (con o sin TEA comórbido), II) TEA u otro trastorno mental y algún rasgo clínico sugestivo de trastorno sindrómico (dismorfia, malformación congénita, sobrecrecimiento, historia familiar, enfermedades médicas importantes).
Aplicando los criterios obtenidos en la revisión, el número de exomas realizados pasaría a 77, con un aumento de la tasa diagnóstica del 14.1% al 25.9%. En contra, comportaría la pérdida de un único paciente con diagnóstico genético.

Conclusiones

Las pruebas genéticas cada vez son más utilizadas en nuestra práctica clínica. Obtener un diagnóstico etiológico es importante para elaborar un abordaje multidisciplinar y dirigirnos hacia la medicina personalizada. Consensuar unos criterios de derivación a medicina genómica permite mantener una equidad en la asistencia a la salud mental y optimizar los recursos.

Referencias

1. Carter MT, Srour M, Au PB, Buhas D, Dyack S, Eaton A, et al. Genetic and metabolic investigations for neurodevelopmental disorders: position statement of the Canadian College of Medical Geneticists (CCMG). J Med Genet. 2023;60(6):523-32. https://doi.org/10.1136/jmg-2022-108962.

P67 INCREMENTO DE LA ACCESIBILIDAD A TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS DESDE DISPOSITIVOS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

AUTOR: Bobadilla González, Israel Antonio[1]

[1] Hospital de Día para Adolescentes Gavà Fundació Orienta

Introducción

El tratamiento específico de psicopatología grave en la adolescencia ha demostrado mayor eficacia si se realiza de forma precoz, siendo la accesibilidad un factor determinante (1). Intervenciones grupales específicas tanto para adolescentes como sus familias para el tratamiento de la psicosis temprana, trastornos de alimentación, autismo, rasgos límites de la personalidad o adicciones, suelen realizarse a nivel hospitalario, dificultando la accesibilidad e impacto oportuno a pacientes (2,3,4).
Desde el 2019, en el Hospital de día para adolescentes de Gavà, se inicia la apertura de estas terapias a pacientes de los centros de salud mental infanto-juvenil de referencia, con el objetivo de mejorar la accesibilidad y oportunidad de dichas intervenciones

Metodología

Se describe cuali- y cuantitativamente el impacto de esta intervención durante los años 2019-2024.

Resultados

Ha aumentado la accesibilidad a las intervenciones específicas descritas, se han disminuido ingresos parciales y totales de pacientes, ha mejorado la adherencia y la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud mental.

Conclusiones

Acceder directamente desde dispositivos comunitarios a terapias grupales específicas puede ser una estrategia positiva para mejorar la accesibilidad de los pacientes a tratamientos efectivos.

Referencias

1. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustun TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. Curr Opin Psychiatry. 2007;20(4):359-64. https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c.
2. de Girolamo G, Dagani J, Purcell R, Cocchi A, McGorry PD. Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles. Epidemiol Psychiatr Sci. 2012;21(1):47-57. https://doi.org/10.1017/s2045796011000746.
3. Abel MR, Bianco A, Gilbert R, Schleider JL. When is Psychotherapy Brief? Considering Sociodemographic Factors, Problem Complexity, and Problem Type in U.S. Adolescents. J Clin Child Adolesc Psychol. 2022;51(5):740-9. https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1759076.
4. Vaughn-Coaxum RA, Weisz JR. Leveraging the developmental science of psychosocial risk to strengthen youth psychotherapy. Dev Psychopathol. 2021;33(2):670-83. https://doi.org/10.1017/S0954579420002035

CC1 EL NIÑO DE BABEL: UNA MIRADA AL MUNDO DEL SAVANT

AUTORES: Esteve Cerdà, Marina[1]; Fernandez Laffitte, Meritxell[1]; Fernandez Martí, Marta[1]; Pamias Massana, Montserrat[1]

[1] Hospital Parc Taulí. Salud Mental Infantojuvenil.

Resumen

Se presenta el caso de un niño de 8 años afectado de un Trastorno del Espectro del Autismo moderado-grave (nivel 2-3), que realiza seguimiento en Salud Mental Infantojuvenil. Este niño ha aprendido de manera autodidacta más de 40 alfabetos diferentes, los cuales conoce de memoria y es capaz de reproducir sobre el papel sin titubear. Sin embargo, esta aptitud excepcional parece ser el único interés del menor y a menudo no interacciona con el entorno por focalizar toda su atención en cultivar esa habilidad. Además, presenta una limitada autonomía para las actividades diarias, exhibe un reducido lenguaje espontáneo y funcional, está poco integrado en el aula y parece ser escasamente sensible al refuerzo social.

Revisión de algún aspecto relevante en la literatura

Algunos niños con autismo exhiben habilidades intelectuales prodigiosas. Éstas pueden ser desde una extensa y detallada capacidad memorística (visual, auditiva, táctil), una gran facilidad para los idiomas, una notable destreza para el cálculo numérico o un extenso conocimiento sobre temas tan diversos y extensos como la astronomía, la paleontología o la climatología, entre otros. Estas facultades prodigiosas, pero, a menudo contrastan con la presencia de marcadas dificultades socio comunicativas y comportamentales. El interés por el estudio de las capacidades *savant* (del francés, sabio), y en particular su relación con el trastorno del autismo, ha aumentado notablemente en los últimos años (1, 2, 3). En el presente trabajo se realiza una revisión bibliográfica de este tema, a propósito de un caso clínico. Un mayor conocimiento sobre la neurobiología de estas condiciones aportaría una mejor comprensión sobre el funcionamiento de la mente humana.

Consentimiento de pacientes

Sí, confirmo que tengo el consentimiento de el/los pacientes

Referencias

1. Happé F. Why are savant skills and special talents associated with autism? World Psychiatry. 2018;17(3):280-281. https://doi.org/10.1002/wps.20552
2. Howlin P. Understanding savant skills in autism. Dev Med Child Neurol. 2012;54(6):484. https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2012.04244.x
3. Park HO. Autism Spectrum Disorder and Savant Syndrome: A Systematic Literature Review. J Child Adolesc Psychiatry. 2023;34(2):76-92. https://doi.org/10.5765/jkacap.230003

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL
Volumen 41, Suplemento 1, (2024).

CC2 GRANDES FAMILIAS, GRANDES RETOS

AUTORES: Esteve Cerdà, Marina[1]; Marin Lopez, Amanda[1]; Bogunyà Sanchez, Mireia[1]; Egea Tarazaga, Susana[1]; García Nicolás, Marta[1]; Romero Alvarez , Laura[1]; Sastre Rodriguez , Laia[1]; Pujol Serra, Susana[1]; Pamias Massana, Montserrat[1]

[1] Hospital Parc Taulí. Salud Mental Infantojuvenil

Resumen del caso clínico (de especial interés) si es caso clínico

Se presenta el caso de una familia numerosa en la que todos los menores padecen un trastorno del neurodesarrollo, con diferentes niveles de gravedad: trastorno del espectro del autismo (algunos de ellos con un nivel 2-3), trastorno por déficit de atención e hiperactividad, discapacidad intelectual y trastornos del aprendizaje. Comórbidamente, algunos de ellos presentan también trastornos de conducta y clínica afectiva con pensamientos autolesivos.

Para más complejidad, se trata de una familia migrante, con dificultades socioeconómicas importantes, con escaso-nula red de apoyo familiar y en la que los progenitores presentan, por éstos y otros motivos, importantes limitaciones para el cuidado de sus hijos. Por todo ello, intervienen agentes tanto del ámbito social como de salud y de los servicios educativos. Dentro del ámbito sanitario los niños de esta familia han realizado seguimiento en el CDIAP (centro de diagnóstico y atención precoz), neurología pediátrica, pediatría, genética clínica y en salud mental infantojuvenil. Así mismo, en Salud Mental intervienen profesionales de perfil diverso, no solo clínico.

Revisión de algún aspecto relevante en la literatura

Se elige el presente caso por ejemplificar con claridad dos importantes cuestiones: (A) la consideración del impacto de los determinantes sociales en la salud mental y física de las personas y (B) la importancia de la coordinación y el manejo multidisciplinar en Salud Mental, especialmente en intervenciones llevadas a cabo durante la infancia.

Abundante literatura, especialmente desde la pandemia y con el auge del malestar emocional, respaldan estas dos cuestiones (1) (2) (3) (4).

Consentimiento de pacientes

Sí, confirmo que tengo el consentimiento de el/los pacientes

Referencias

1. Allen J, Balfour R, Bell R, Marmot M. Social determinants of mental health. Int Rev Psychiatry.;26(4):392–407. https://doi.org/10.3109/09540261.2014.928270.
2. Cantos-Egea J, Tous-Pallarés J, Tierno-García JM. Model of psychosocial determinants of health in processes of social exclusion. Front Public Health. 2023;11:1156569. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1156569.
3. Reiss F, Meyrose AK, Otto C, Lampert T, Klasen F, Ravens-Sieberer U. Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study. PloS One. 2019;14(3):e0213700. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213700.
4. Yoshikawa H, Aber JL, Beardslee WR. The effects of poverty on the mental, emotional, and behavioral health of children and youth: Implications for prevention. Am Psychol. 2012;67(4):272–284. https://doi.org/10.1037/a0028015.

CC3 SÍNDROME DE HIKIKOMORI EN ADOLESCENTES. A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES: Osorio Guzmán, Ángela[1]; Gordo Seco, Rocío[1]; Hernando Segura, María del Rosario[1]; García Moreno, Esther[1]; Álvarez Fernández, Yolanda[1]; Elúa Samaniego, Ana[1]; Bernal Jiménez, Arancha[1]; Hostalrich Llopis, Nuria[2]; Díaz Piñeiro, Maria Dolores[2]; Romo Castillo, María[2]

[1] Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Complejo Asistencial Universitario de Burgos
[2] Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial Universitario de Burgos

Resumen del caso clínico (de especial interés) si es caso clínico

Varón de 15 años, que inicia seguimiento en Salud Mental Infanto-Juvenil por aislamiento social y absentismo escolar prolongado. No tiene antecedentes personales de interés. Funcionamiento premórbido descrito como normal. Su familia describe que tras el fin del confinamiento por COVID no se reincorporó al instituto, alegando no sentirse bien cuando acude y presentando gran irritabilidad y ansiedad si sus padres le insisten. A nivel social, se ha ido desvinculando progresivamente de su grupo habitual de amistades. Pasa la mayor parte de su tiempo jugando a videojuegos o viendo series de televisión en su ordenador. A la exploración, no síntomas claros de agorafobia o fobia social, sin impresionar de patología afectiva mayor ni sintomatología psicótica. Se incluye al paciente en programa de intervención terapéutico-educativo, donde se consigue una buena adherencia y evolución lenta, pero favorable.

Revisión de algún aspecto relevante en la literatura

El término Hikikomori fue introducido en 1998 por el psiquiatra Japonés Tamaki Saito para referirse a adolescentes con un comportamiento asocial y evitativo que conduce finalmente al abandono de la sociedad y no se explica mejor por otro trastorno psiquiátrico. Se trata de una entidad muy estudiada en oriente pero poco conocida en Europa, donde cada vez se describen más casos. Se han propuesto criterios clínicos y se ha relacionado con antecedentes personales de trauma, temperamento tímido, apego inseguro, sobreprotección parental, ansiedad materna o antecedentes de enfermedad mental en padres. Se han descrito también factores socioculturales. El tratamiento consiste en programas de reintegración social e intervenciones educativas. La literatura describe experiencias favorables con psicoterapia cognitivo-conductual, narrativa y familiar. Se han utilizado antidepresivos y neurolépticos con eficacia limitada.

Consentimiento de pacientes

Sí, confirmo que tengo el consentimiento de el/los pacientes

Referencias

1. Martinotti G, Vannini C, Di Natale C, Sociali A, Stigliano G, Santacroce R, di Giannantonio M. Hikikomori: psychopathology and differential diagnosis of a condition with epidemic diffusion. Int J Psychiatry Clin Pract. 2021 Jun;25(2):187-194. https://doi.org/10.1080/13651501.2020.1820524.
2. Kato TA, Kanba S, Teo AR. Hikikomori: Multidimensional understanding, assessment, and future international perspectives. Psychiatry Clin Neurosci. 2019 Aug;73(8):427-440. https://doi.org/10.1111/pcn.12895.
3. Koyama A, Miyake Y, Kawakami N, Tsuchiya M, Tachimori H, Takeshima T; World Mental Health Japan Survey Group, 2002-2006. Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of "hikikomori" in a community population in Japan. Psychiatry Res. 2010 Mar 30;176(1):69-74. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.10.019.

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL
Volumen 41, Suplemento 1, (2024).

CC4

PERFILES DE USO DE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA EN ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS: DESCRIPTIVO DE SEIS CASOS

AUTORES: Varela Casal, Paloma[1]; Davi Loscos, Eva[1]; Brugue , Oriol[1]; Hernandez Anton, Rebeca[1]

[1] Hospital de Mataró

Resumen del caso clínico (de especial interés) si es caso clínico

Se describen un total de 6 casos de adolescentes entre 12 y 17 años que ingresan en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría infantojuvenil y que ante la escasa mejoría inicial con tratamiento farmacológico se decide iniciar tratamiento con TEC. El 33% presentaban diagnóstico de TEA grado 1 con síntomas catatónicos. El 40 % presentaban síntomas afectivos y psicóticos y el porcetaje restante presentaba únicamente sintomatología depresiva con elevada inhibición. Se administraron una media de 13,2 sesiones previo al alta hospitalaria. En 3 de los casos de mantuvo TEC semanal de consolidación al alta, en uno se mantuvo TEC bisemanal, en otro mensual mientras que el paciente con episodio depresivo mayor presentó remisión de los síntomas al alta.

Revisión de algún aspecto relevante en la literatura

Los primeros informes sobre el uso de TEC en niños y adolescentes se originaron en la década de 1940 y consistieron en 150 pacientes con una variedad de afecciones psiquiátricas, como depresión y esquizofrenia, que fueron tratados con éxito. Este método terapéutico es capaz de reducir significativamente tanto los síntomas de depresión como el riesgo de suicidio y su uso entre los adolescentes ha ido en constante aumento. Investigaciones retrospectivas de varios países han demostrado que las tasas de respuesta a la TEC para la depresión mayor en adolescentes oscilan entre el 72 y el 78,6% y se considera un tratamiento seguro, bien tolerado y de acción rápida para pacientes adolescentes gravemente enfermos que presentan depresión, estados catatónicos, (las tasas de catatonía en el TEA se han reconocido entre el 4 al 17%), depresión bipolar y manía con un alivio distintivo de los síntomas.

Consentimiento de pacientes

Sí, confirmo que tengo el consentimiento de el/los pacientes

Referencias

1. Rogers JP, Oldham MA, Fricchione G, Northoff G, Ellen Wilson J, Mann SC, Francis A, et al Evidence-based consensus guidelines for the management of catatonia: Recommendations from the British Association for Psychopharmacology. J Psychopharmacol. 2023 Apr;37(4):327-369. https://doi.org/10.1177/02698811231158232.
2. Rask O, Nordenskjöld A, Johansson BA, Movahed Rad P. Electroconvulsive therapy in children and adolescents: results from a population-based study utilising the Swedish National Quality Register. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2023 Dec;32(12):2649-2656. https://doi.org/10.1007/s00787-022-02123-2.
3. Vaquerizo-Serrano J, Salazar De Pablo G, Singh J, Santosh P. Catatonia in autism spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. Eur Psychiatry. 2021 Dec 15;65(1):e4. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2259.

CC5

PICA COMO TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: PROFUNDIZANDO EN LA COMPLEJIDAD DE LAS INGESTAS ATÍPICAS A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES: Martí Estévez, Inés[1]; Martínez Núñez, Beatriz[1]; Gavric Berrios, Macarena[1]; Graell Berna, Monsterrat[1]

[1] Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid

Resumen del caso clínico (de especial interés) si es caso clínico

Paciente mujer de 13 años acude al Servicio de Urgencias Pediátricas por un cuadro de vómitos de aspecto blanquecino, dolor abdominal y estreñimiento de varios días de evolución. En la entrevista, la paciente reconoce ingesta de yeso de pared de su domicilio desde hace unos meses. Realiza alrededor de 10 episodios de conductas de pica al día. Esta sintomatología comienza a los 10 años de edad, cuando comienza ingiriendo maicena de la tienda de su madre y posteriormente cemento que encuentra en la calle. Como antecedente familiar destacable, el padre presentó durante la infancia conductas de pica. Debido a la gravedad psicopatológica y del cuadro digestivo, se requiere hospitalización en pediatría y psiquiatría para estudio y tratamiento. Posteriormente se realiza seguimiento ambulatorio incluyendo evaluaciones psicométricas y entrevista PARDI.

Revisión de algún aspecto relevante en la literatura

La pica es un trastorno de la conducta alimentaria heterogéneo y de prevalencia variable, que afecta principalmente a niños, adolescentes y mujeres embarazadas. La literatura es limitada en comparación con otros TCA. Existe gran dificultad para estimar la prevalencia debido a la heterogeneidad de las poblaciones estudiadas, los criterios diagnósticos y los diferentes métodos de recopilación de datos (1,2).

Las comorbilidades principales son el TEA y la discapacidad intelectual (3), y menos frecuentes; la esquizofrenia (4), TDAH (5), TOC (6) y depresión (7).

Consentimiento de pacientes

Sí, confirmo que tengo el consentimiento de el/los pacientes

Referencias

1. Fawcett EJ, et al. A meta-analysis of the worldwide prevalence of pica during pregnancy and the postpartum period. Int J Gynaecol Obstet 2016;133(3):277-283. https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.10.012.
2. Mishori R, et al. Pica: an age-old eating disorder that's often missed. J Fam Pract. 2014 Jul;63(7):E1-4.
3. Fields VL, et al. Pica, Autism, and Other Disabilities. Pediatrics. 2021 Feb;147(2):e20200462. https://doi.org/10.1542/peds.2020-0462.
4. Kar SK, et al. Pica and psychosis - clinical attributes and correlations: a case report. J Family Med Prim Care. 2015 Jan-Mar;4(1):149-50. 32. https://doi.org/10.4103/2249-4863.152277.
5. Hergüner S, et al. Pica in a child with attention deficit hyperactivity disorder and successful treatment with methylphenidate. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2010; 34(6): 1155-6. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2010.06.005.
6. Bharti A, et al. Paper eating: An unusual obsessive-compulsive disorder dimension. Ind Psychiatry J 2015; 24(2): 189-91. https://doi.org/10.4103/0972-6748.181713.
7. Ezzeddin N, et al. The Association Between Postpartum Depression and Pica During Pregnancy. Glob J Health Sci. 2015 Aug 2;8(4):253-9. https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n4p120.

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL
Volumen 41, Suplemento 1, (2024).

CC6

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL TRASTORNO DE EVITACIÓN/RESTRICCIÓN DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES: Nogales Campos, Elena[1]; Sarrió Yuste, Adela[1]; Muñoz Martínez, Victoria[1]

[1] Hospital General Universitario de Ciudad Real

Resumen del caso clínico (de especial interés) si es caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 10 años que ingresa en la UHBIJ por negativa a la ingesta desde la época de lactante. En seguimiento desde los 8 meses en Neuropediatría por hipotonía y retraso psicomotor, trastorno del lenguaje y aprendizaje, TDAH de predominio inatento e hipersensibilidad sensorial; en Endocrinología por hipocrecimiento; coloboma, intervenido quirúrgicamente de quiste aracnoideo y estrabismo. Realiza tratamiento de fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional, asociado a metilfenidato. Acude por negativa a la ingesta, salvo batidos hipercalóricos, presentando hipersensibilidad extrema al tacto y texturas de los alimentos. Los padres describen que le observan con gran ansiedad a la hora de las comidas. Durante el ingreso se introducen alimentos elegidos y manipulados por el paciente, mostrando tolerancia y realizando trabajo conjunto con la familia para el manejo en el domicilio. Al alta continúa seguimiento en consultas de psiquiatría, psicología y enfermería de la UTCA.

Revisión de algún aspecto relevante en la literatura

El Trastorno de Evitación/Restricción de la Ingestión de Alimentos, en adelante TERIA, presenta como principal criterio diagnóstico el "fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas", asociando pérdida de peso significativa o fracaso del crecimiento, deficiencia nutritiva, dependencia de alimentación enteral o suplementos e interferencia en el funcionamiento psicosocial. Para realizar su diagnóstico diferencial, debemos contemplar la posibilidad de encontrarnos ante un lactante con negación a ingerir alimentos como parte de la etapa de individuación del desarrollo normal de los niños, sin asociarse con ansiedad y remitiendo alrededor de los 6 años. Se deben descartar patologías orgánicas como hipertiroidismo, diabetes, insuficiencia suprarrenal, enfermedades gastrointestinales o neoplasias. A diferencia de la Bulimia o Anorexia Nerviosa, los pacientes con TERIA debutan en la infancia temprana entre los 2 y 6 años, la pérdida de peso no está relacionada con una distorsión de la imagen corporal, además de no presentar conductas purgativas y existir en numerosos casos un deseo de aumento de peso. Dichos pacientes presentan con mayor frecuencia comorbilidades, como son el trastorno del espectro autista y el TDAH. (1)(2)

Consentimiento de pacientes

Sí, confirmo que tengo el consentimiento de el/los pacientes

Referencias

1. Zimmerman J, Fisher M. Avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID). Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2017;47(4):95–103. https://dx.doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.02.005
2. De Toro Valeria, Aedo Karina, Urrejola Pascuala. Trastorno de Evitación y Restricción de la Ingesta de Alimentos (ARFID): Lo que el pediatra debe saber. Andes pediatr. 2021 Abr; 92(2): 298-307. https://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v92i2.2794.

CC7 EPILEPSIA Y TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA). A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES: Albert Porcar, Carla[1]; Mora Claramunt, Ester[2]; Ibarra Pertusa, Lucia[1]; Nicolau Subires, Eugenia[1]; Pampols Perez, Samuel[1]; Buil Reiné, Esther[1]; Adrados Pérez, Marina[3]; Irigoyen Otiñano, María[1]; Jiménez Mayoral, Andrea[1]; Mariscal, Ana[1]

[1] Hospital Universitario Santa María
[2] Hospital Sant Joan de Deu
[3] Institut Pere Mata

Resumen del caso clínico (de especial interés) si es caso clínico

Varón de 17 años diagnosticado de Síndrome de Asperger y Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), con antecedentes de epilepsia focal que estuvo en tratamiento con Ácido Valproico. Realiza el primer ingreso en la Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil en junio 2023 por ideación autolítica. Se orienta de Asperger y Trastorno depresivo mayor, iniciándose Clomipramina y Aripiprazol y realizándose 12 sesiones de Terapia Electroconvulsiva (TEC). Al alta, es derivado a Hospital de día, desde donde se aumenta el Aripiprazol a 15mg/d y se introduce la Olanzapina 5mg de rescate. A los pocos días, presentó una crisis convulsiva, iniciándose Levetiracepam, Litio y reduciéndose el Aripiprazol a 10mg. A finales de octubre, precisó un nuevo ingreso hospitalario ante persistencia de ideación autolítica, durante el que se cambió el tratamiento a Ácido Valproico y Fluvoxamina. También se retiró el Litio y la Olanzapina, manteniéndose el Aripiprazol 10mg/día.

Revisión de algún aspecto relevante en la literatura

En los últimos años, se ha visto un incremento de la prevalencia del Trastorno del Espectro autista (1-2) para el que únicamente existen tratamientos aprobados para sus comorbilidades. Así, para la irritabilidad, agresividad y disregulación emocional, están indicados tanto el Aripiprazol como la Risperidona (3). Sin embargo, estos antipsicóticos son proconvulsivos por lo que si presentan concomitantemente epilepsia deberían usarse con precaución (3). Aquellos con un menor potencial proconvulsivo son el Haloperidol, la Risperidona y el Aripiprazol (3). Sin embargo, la Clorpromazina y la Clozapina presentan un elevado riesgo, presentando la Olanzapina y Quetiapina un riesgo intermedio (3,4). Por tanto, para disminuir el riesgo proconvulsivo de los antipsicóticos, se recomienda evaluar el tratamiento antiepiléptico para que esté en una dosis eficaz, controlando sus niveles séricos y sus posibles interacciones farmacológicas (3). También se recomienda comenzar con dosis bajas de antipsicóticos y titularlas lentamente, para mantener el fármaco a la mínima dosis eficaz (1).

Consentimiento de pacientes

Sí, confirmo que tengo el consentimiento de el/los pacientes

Referencias

1. Hirota T, King BH. Autism Spectrum Disorder: A Review. JAMA. 2023 Jan 10;329(2):157-168. https://doi.org/10.1001/jama.2022.23661.
2. Bougeard C, Picarel-Blanchot F, Schmid R, Campbell R, Buitelaar J. Prevalence of Autism Spectrum Disorder and Co-morbidities in Children and Adolescents: A Systematic Literature Review. Front Psychiatry. 2021 Oct 27;12:744709. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.744709.
3. Górska N, Słupski J, Cubała WJ. Antipsychotic drugs in epilepsy. Neurol Neurochir Pol. 2019;53(6):408-412. https://doi.org/10.5603/PJNNS.a2019.0052.
4. Agrawal N, Mula M. Treatment of psychoses in patients with epilepsy: an update. Ther Adv Psychopharmacol. 2019 Jul 10;9:2045125319862968. https://doi.org/10.1177/2045125319862968.

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL
Volumen 41, Suplemento 1, (2024).

CC8 TRANSICIÓN A LA VIDA ADULTA EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) A PROPÓSITO DE UN CASO PARADIGMÁTICO

AUTORES: Vall Garcia, Clara[1]; Sevillano Benito, Isabel[1]; Martin Garcia, Zahira[1]; Imaz Roncero, Carlos[1]

[1] Hospital Universitario Rio Hortega de Valladolid

Resumen del caso clínico (de especial interés) si es caso clínico

Varón de 20 años con padres separados y relación conflictiva entre ellos. Antecedentes psiquiátricos desde la infancia con seguimiento en distintos dispositivos públicos y privados con múltiples diagnósticos. TDAH (5a), TOC (10a), Episodio depresivo leve y Fobia al atragantamiento (11a), TGD no especificado (14a), Esquizofrenia simple (15a), Trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo en la infancia y rasgos de trastorno de la personalidad no especificado (desorden fronterizo, patología del narcisismo, desorganización del pensamiento) (15a), Rasgos de personalidad clúster B; con importantes problemas de conducta en el entorno familiar (16a), Otro trastorno del neurodesarrollo especificado (Espectro autista, Tics, Trastorno motor...) (17a) y Esquizofrenia hebefrénica (19a).En su evolución, constan problemas de absentismo escolar, desorden de horarios y alimentación, fugas, malestar emocional, ideas bizarras y alteraciones del comportamiento que precipitaron varios ingresos a sus 15-16 años. Llegando a vivir en centros de menores por medidas cautelares. Ha sido tratado con diversos psicofármacos (Metilfenidato liberación inmediata y liberación 50%, Sertralina, Aripiprazol, Lisdexanfetamina, Guanfacina, Risperidona, Valproato, Clozapina) algunos con escasa tolerancia (tics, mareos, visión borrosa) y cumplimento errático. Actualmente toma Venlafaxina y Paliperidona trimestral depot con buena tolerancia. Ante las perspectivas de evolución y con el apoyo sanitario se asesoró para iniciar los trámites de discapacidad y dependencia y que su padre pidiera la patria protestad prorrogada siendo menor, que se le concedió, actualmente tiene reconocida discapacidad del 65% y dependencia grado II. El seguimiento desde la infancia hacía prever las grandes necesidades de apoyos amplios que aún hoy precisa. Por esta razón se pudo intervenir de forma temprana con múltiples recursos a pesar de la evolución oscilante del paciente, también por los múltiples abandonos de tratamiento y descompensaciones con deterioro posterior de las mismas. A pesar de las dificultades se ha podido intervenir de forma multidisciplinar y desde distintas áreas haciendo que en estos momentos el paciente se encuentre en una vivienda supervisada con actividades ocupacionales y seguimiento sanitario regular permitiendo cierta estabilidad.

Revisión de algún aspecto relevante en la literatura

La intervención intensiva multidisciplinar sanitaria, flexible y coordinada con los servicios sociales permite sostener estos casos complejos (1,2).

Consentimiento de pacientes

Sí, confirmo que tengo el consentimiento de el/los pacientes

Referencias

1. Rubio Morell B, Moreno Pardillo D, Garcia LL. Manual de psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Barcelona. Elsevier; 2021
2. McGorry P, Bates T, Birchwood M. Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK. Br J Psychiatry 2013;202(s54):s30-35. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.119214

CC9 TRASTORNO BIPOLAR: EL RETO DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

AUTORES: de Cós Milas, Ana[1]; García Moreno, María[2]; Güerre Lobera , María José[3]; Martin Carballeda , Julia[4]

[1] Hospital Universitario de Móstoles
[2] Hospital Universitario Puerta de Hierro
[3] Hospital Universitario 12 de Octubre
[4] Fundación Hospital Alcorcón

Resumen del caso clínico (de especial interés) si es caso clínico

Presentamos un varón de 15 años con diagnóstico en la infancia de Trastorno por Déficit de Atenció e Hiperactividad (TDAH) y sospecha de rasgos del espectro autista, con tratamiento psicoterapéutico previo. Presenta un empeoramiento de inicio subagudo con incremento de impulsividad, hiperactividad y verborrea que inicialmente se pone en relación con estresor vital (acoso escolar). Inicia tratamiento con Metilfenidato por Neuropediatría atribuyéndose la clínica a descompensación del TDAH de base. La clínica no cede y ante la elevada impulsividad se añade Guanfacina. La evolución es desfavorable con empeoramiento en el comportamiento, agresividad, desinhibición social, desinhibición sexual, insomnio global, pérdida de apetito, exceso de energía, elevado autoconcepto y posibles alucinaciones auditivas. Acude a urgencias donde se retira Guanfacina y introduce Risperidona. Inicia seguimiento en Salud Mental, se establece diagnóstico de sospecha de Episodio Maniaco, se retira Metilfenidato y se aumenta dosis de Risperidona. La evolución es buena, ceden las conductas más desajustadas, se estabiliza el estado de ánimo, el sueño y el apetito, y desparecen los síntomas de tinte psicótico. Sin embargo, persiste contacto peculiar, con dificultades en la interacción social, que nos lleva a plantear la existencia de rasgos del espectro autista como condición previa. Se realiza un trabajo de revisión de informes antiguos y recogida de historia del desarrollo, para orientar el diagnóstico diferencial.

Revisión de algún aspecto relevante en la literatura

El Trastorno Bipolar (TB) se asocia a comorbilidad hasta en un 90% de los casos, siendo el más frecuente el TDAH y Trastorno Negativista Desafiante. Así mismo la prevalencia de TB en Trastornos del Espectro Autista (TEA) se estima en 7%.
Esta comorbilidad con TEA supone un resto diagnóstico dado que las características propias del paciente TEA (dificultades a nivel de pensamiento abstracto, limitada expresión emocional, limitadas habilidades de comunicación) hacen más difícil valorar su estado afectivo. El TB en pacientes TEA suele presentarse como un cuadro de irritabilidad, disforia, hostilidad y agresividad, más que euforia. Así como síntomas psicóticos más severos.

Consentimiento de pacientes

Sí, confirmo que tengo el consentimiento de el/los pacientes

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL
Volumen 41, Suplemento 1, (2024).

CC10 DIFICULTADES DEL ABORDAJE DE LOS SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS EN LA ENFERMEDAD DE WILSON: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES: Casado De la Torre, Patricia[1]; Fajardo Vicente-Ortega, Carola[2]; Corbacho Navarro, Esperanza[1]

[1] Hospital Universitario Punta de Europa/Hospital Nuevo de la Linea de la Concepción
[2] Hospital Universitario de la Princesa

Resumen del caso clínico (de especial interés) si es caso clínico

La enfermedad de Wilson (EW) es un trastorno hereditario autonómico recesivo relativamente raro, que causa acumulación de cobre en diferentes órganos, principalmente el hígado y el cerebro. Por este motivo, los trastornos psiquiátricos representan una cuestión diagnóstica y terapéutica en la EW. Presentamos el caso de un paciente de 16 años diagnosticado de EW, que requirió ingreso durante tres semanas por un episodio maníaco con síntomas psicóticos, en el que destacaban ánimo disfórico, irritabilidad e ideas deliroides de contenido megalomaniaco y de perjuicio. Durante la hospitalización se intentó tratamiento con Ácido Valproico y Olanzapina, siendo retirados por aparición de mareos y síntomas digestivos. Se decide introducir Aripiprazol a dosis progresivas (15 mg), siendo inicialmente bien tolerado y eficaz. Al alta, comienza seguimiento en Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) de Algeciras, donde se planteó cambio de Aripiprazol por Lurasidona (74 mg), ante aparición de irritabilidad, hipotimia e importante sialorrea. A nivel longitudinal se han realizado controles neuropsicológicos en los que se obtiene Coeficiente Intelectual Total (CIT) total de 86. En todo momento se realizó abordaje multimodal junto con Digestivo. Tras varios meses de seguimiento el paciente mantiene estabilidad a nivel afectivo aunque persisten algunos síntomas psicóticos, de los que se muestra parcialmente distanciado.

Revisión de algún aspecto relevante en la literatura

Los trastornos mentales pueden ocurrir en cualquier momento del curso de la EW, incluso en ausencia de lesiones hepáticas o neurológicas, siendo un signo inicial de la enfermedad en el 20% de los casos. En niños y adolescentes con deterioro cognitivo inexplicable, cambios de personalidad y trastornos psiquiátricos (cuadros psicóticos y/o afectivos), se debería solicitar ceruloplasmina de forma rutinaria. La resonancia magnética del cerebro se puede utilizar como medio para controlar la eficacia del tratamiento en pacientes con patología neuropsiquiátrica con EW. Existe mayor vulnerabilidad a los efectos secundarios neurológicos con el uso de antipsicóticos. Los pacientes con EW y síntomas neuropsiquiátricos deben ser tratados con psicofármacos independientemente del tratamiento primario (zinc/penicilamina). Se debe considerar una reducción gradual del tratamiento psicofarmacológico, una vez alcanzada la remisión completa, excepto en casos justificados.

Consentimiento de pacientes

Sí, confirmo que tengo el consentimiento de el/los pacientes

Referencias

1. Zhang J, Wu L, Fang H, Tang J. Screening and management of psychiatric disorders in patients with wilson's disease. Psychiatr Danub. 2023 Winter;35(4):477-488. https://doi.org/10.24869/psyd.2023.477.
2. Mura G, Zimbrean PC, Demelia L, Carta M. Psychiatric comorbidity in Wilson's disease. 2017 Jan 1. https://doi.org/10.1080/09540261.2017.1311845.

CC11 EPILEPSIA MIOCLÓNICA PROGRESIVA. A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES: Gomez Gonzalez, Cristina Luz[1]; Carazo Gimenez, Sofia M.[1]; Berrocal Almarza, Alejandra[1]

[1] Hospital Universitario de Torrejón

Resumen del caso clínico (de especial interés) si es caso clínico

La presentación de la patología afectiva en niños y adolescentes puede ser diversa y diferir de los adultos. El presente caso trata de una menor de 13 años que presenta clínica afectiva depresiva (tristeza, apatía, anergia, anhedonia, autolesiones) y ansiosa que debuta también con tics y mioclonías siendo por este motivo por el que se deriva al centro de salud mental. Desde allí se decide que dada la complejidad de la clínica motora precisa de un abordaje multidisciplinar desde salud mental y neurología para evaluar y diagnosticar a la paciente. Lo que inicialmente se presenta como un episodio depresivo sin síntomas psicóticos y con ansiedad asociada en una adolescente lleva a un diagnóstico mucho más complejo por la comorbilidad de una epilepsia mioclónica progresiva (enfermedad de Lafora).

Revisión de algún aspecto relevante en la literatura

La enfermedad de Lafora es un tipo de epilepsia progresiva, de herencia autosómica recesiva por lo que es extremadamente rara (4 casos por cada millón de habitantes). La presentación puede ser en la adolescencia o puede ser tardía. Lo más frecuente es que el desarrollo neurológico previo será normal. La presentación más frecuente es entre los 14 a 16 años. Los síntomas se caracterizan por la aparición de mioclonías, crisis epilépticas (de diversos tipos), y una progresiva degeneración del sistema nervioso que lleva a un deterioro de las funciones cognitivas. El pronóstico es progresivo y fatal, presentando una evolución de entre 5 a 10 años, en los que se suele ver un aumento en frecuencia y variedad de los ataques. Se ve un deterioro hasta el fallecimiento del paciente (1, 2). La comorbilidad de patología afectiva con este tipo de epilepsia exige de un abordaje adaptado al caso y que debe ser muy flexible para ir cambiando según la evolución de la paciente. Este caso además refleja la importancia de la evaluación clínica exhaustiva cuando se presentan síntomas neurológicos en pacientes con clínica psiquiátrica afectiva para distinguir bien el origen orgánico del psicosomático.

Consentimiento de pacientes

Sí, confirmo que tengo el consentimiento de el/los pacientes

Referencias

1. Desdentado L, Espert R, Sanz P, Tirapu-Ustárroz J. Enfermedad de Lafora: revisión de la bibliografía. Rev Neurol 2019;68 (02):66-74. https://doi.org/10.33588/rn.6802.2018100
2. Ferlazzo E, Canafoglia L, Michelucci R, et al. Mild Lafora disease: clinical, neurophysiologic, and genetic findings. Epilepsia 2014; 55:e129.

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL
Volumen 41, Suplemento 1, (2024).

CC12 INTERVENCIÓN COMUNITARIA Y MULTIDISCIPLINAR EN SALUD MENTAL INFANTOJUVENIL: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES: Egea Tarazaga, Susana[1]; Bogunyà Sánchez, Mireia[1]; Marín López, Amanda[1]; García Nicolás, Marta[1]; Sastre Rodríguez, Laia[1]; Romero Álvarez, Laura[1]; Pujol Serra, Susana Maria[1]; Aparicio Muñoz, Mariona[1]; Pàmias Massana, Montserrat[1]; Forcelledo Fernández, Cristina[1]

[1] Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí

Resumen del caso clínico (de especial interés) si es caso clínico

Se trata de una paciente de 14 años que se deriva al Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) del Hospital Parc Tauli de Sabadell en agosto de 2023 por Trastorno de Ansiedad con elevada repercusión funcional, absentismo escolar y escasa vinculación. Posteriormente, se deriva al programa de atención a la Crisis Infantojuvenil con el objetivo de revincularla al instituto. Durante la intervención en el domicilio, se detecta sintomatología compatible con un posible Trastorno del Espectro Autista, con dificultades en la interacción social, rigidez cognitiva, problemas de regulación emocional y selectividad alimentaria. Además, se observa ideación delirante de perjuicio con alta irritabilidad e insomnio y miedo a salir del domicilio. Se decide derivación al recurso de Hospital de día Infantojuvenil, con acompañamiento del programa Crisis para facilitar la vinculación con el objetivo de poder realizar una correcta filiación diagnóstica del Trastorno del Espectro del Autismo y valorar la sintomatología de un posible trastorno psicótico no especificado comórbido.

Revisión de algún aspecto relevante en la literatura

Poder intervenir desde una perspectiva comunitaria en salud mental ha facilitado la detección diagnóstica y el acceso y vinculación a los recursos asistenciales necesarios. Tal y como describe la literatura, este tipo de intervención desempeña un papel clave en la prevención y atención temprana.(1) El programa de intervención Crisis en salud mental infanto juvenil, está integrado dentro del CSMIJ. Actualmente es un recurso que se utiliza como alternativa asistencial de ámbito comunitario para personas con sospecha o confirmación diagnóstica de trastorno mental y complejidad social asociada que presenten dificultades para ser atendidas en los servicios de salud mental ambulatorios. (2) Este enfoque integral considera no sólo la salud mental individual, sino también los factores ambientales, sociales y familiares (3).

Consentimiento de pacientes

Sí, confirmo que tengo el consentimiento de el/los pacientes

Referencias

1. Téllez CD, Muñoz LG, Farré ML, Rodríguez LS, Morer, À, Lazaro L.. Desarrollo y evaluación del programa de atención preferente a población infantil y adolescente en situación de crisis de salud mental. Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil, 2022, 39(3), 3-11. https://doi.org/10.31766/revpsij.v39n3a2(2)
2. Massana MP. Programa de atención a la crisis infantil y juvenil en Catalunya: Atendiendo a niños y adolescentes en su entorno natural. Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil, 2024, 41(1), 7-9. https://doi.org/10.31766/revpsij.v41n1a3
3. Henggeler SW, Schaeffer CM. . Multisystemic Therapy®: Clinical Overview, Outcomes, and Implementation Research. Family Process, 2016, 55(3), 514-528. https://doi.org/10.1111/famp.12232

CC13 SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS TRAS INFECCIÓN POR INFLUENZA: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES: Andreu Martínez, Julia[1]; Hernández-Abadía, Víctor[2]; Pardo-González, Carla[1]; Monedero-Carrasco, M Llanos[1]; Esclapez-Martínez, Francisco Feliciano[1]; Sanjuan-Ortiz, Cecilia[1]; Velázquez-Moraga, Claudia[1]; López-Sánchez, Nuria[1]; Herrero-Gómez, Jesús[1]; Ribes-Jordán, Gràcia[1]

[1] Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica del Hospital la Fe de Valencia
[2] Estudiante de Máster de Psicología General Sanitaria En la Universidad Internacional de Valencia

Resumen del caso clínico (de especial interés) si es caso clínico

Niño de 5 años ingresado a cargo de Neuropediatría en seguimiento conjunto con Psiquiatría Infantil por inicio súbito **de alteraciones comportamentales** que han estado presentes **en los últimos 15 días.** Los padres comentan que previamente era un niño muy alegre y risueño, pero refieren que desde entonces lo encuentran **más inquieto y nervioso** de lo habitual, comentando a diario **preocupación por** la muerte de familiares, y manifestando continuamente la **necesidad de rezar** por ellos. De forma más reciente, desde hace unos 5 días, presenta insomnio de conciliación y mantenimiento. La exploración física es anodina, encontrándose el niño afebril a lo largo de su estancia hospitalaria. En cuanto a antecedentes médicos de interés recientes, el niño contrajo **Gripe A** (confirmada) hace aproximadamente **dos semanas**, unos días antes del inicio del cuadro actual, y presentó un pico de fiebre alta (41ºC) el día previo al inicio de los síntomas. También cabe destacar que, a los 4 años, el niño desarrolló tras haber padecido una otitis media aguda en las dos semanas previas, un cuadro de **ataxia cerebelosa** que se autolimitó en unos meses. Como información adicional relevante, el niño presenta una dislalia marcada desde la infancia.

Revisión de algún aspecto relevante en la literatura

Existe literatura reciente centrada en población infantil que relaciona el virus de la Gripe A con complicaciones neurológicas derivadas de la encefalitis vírica, o encefalopatía (1). En algunos de estos cuadros de afectación del SNC tras una infección por Influenza se han propuesto asociados algunos síntomas neuropsiquiátricos como: alucinaciones visuales, "delirium febril", "cambios de comportamiento" (1), que no se presentan como manifestaciones principales, y, por ende, han sido escasamente abordados a nivel psicopatológico en la literatura disponible. Sin embargo, existen publicados casos clínicos que presentan, al igual que nuestro caso, síntomas psiquiátricos predominantes, donde reportan relación entre el virus de la influenza y algunos trastornos psiquiátricos como manía (2), o psicosis (3), y que además ofrecen una descripción psicopatológica detallada, aunque son limitados.

Consentimiento de pacientes

Sí, confirmo que tengo el consentimiento de el/los pacientes

Referencias

1. Mizuguchi M. Influenza encephalopathy and related neuropsychiatric syndromes. Influenza Other Respir Viruses. 2013 Nov; 7 Suppl 3(Suppl 3): 67-71. https://doi.org/10.1111/irv.12177.
2. Steinberg D, Hirsch SR, Marston SD, Reynolds K, Sutton RN. Influenza infection causing manic psychosis. Br J Psychiatry. 1972 May;120(558):531-5. https://doi.org/10.1192/bjp.120.558.531.
3. Chang CH, Chang YC, Tzang RF. Childhood psychosis after H1N1 influenza. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2015 Winter;27(1):e87-9. https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.14010012.

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL
Volumen 41, Suplemento 1, (2024).

CC14 TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA) Y ESQUIZOFENIA DE INICIO EN LA INFANCIA (CAOS)

AUTORES: Huedo Aroca, Blanca[1]; Hernández Antón, Rebeca[1]; del Pino Podadera, Ana[1]; Parini, Martina[1]; Varela Casal, Paloma[1]

[1] Hospital de Día Infanto Juvenil de Mataró

Resumen del caso clínico (de especial interés) si es caso clínico

Varón de 15 años, con neurodesarrollo sin alteraciones en general y escolarización sin necesidad de adaptaciones. Con 13 años se detecta abuso de pantallas, es derivado a la Unidad de adicción a pantallas, donde describen clínica compatible con TEA. Se vincula a Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) para completar estudio, los resultados de los test psicométricos (SCQ, SRS2 y ADOS-2 significativos) junto con la exploración psicopatológica realizadas se concluye diagnóstico de TEA, con predominio de rigidez cognitiva, dificultades en cognición social y falta de autonomía en el momento de la valoración. Se inicia tratamiento con sertralina y aripiprazol con escasa eficacia y manteniendo evolución tórpida. Por lo que se deriva a Hospital de Día Infanto-Juvenil, donde se mantiene la clínica: nulo interés en la interacción con iguales o realizar actividades, movimientos en bloque, pensamiento alógico, aplanamiento y empobrecimiento afectivo. La familia, se describe ruptura biográfica a los 11 años con disminución del rendimiento académico, aislamiento social, pérdida de intereses y autonomía personal. Se realizan nuevos test psicométricos (Inventario de síntomas del Síndrome Deficitario y NES) siendo el resultado sugestivo de clínica psicótica y se revalúa WISC con empeoramiento en todas las áreas. Las pruebas de neuroimagen son normales. Se plantea diagnóstico diferencial con sospecha de trastorno psicótico, en concreto Esquizofrenia de inicio en la infancia y adolescencia (CAOS). Se inicia clozapina progresivamente, observando mejoría de la clínica psicomotriz y social. Paralelamente se inicia intervención con neuropsicología.

Revisión de algún aspecto relevante en la literatura

En una revisión bibliográfica sobre CAOS, el 27% estaban diagnosticados de TEA. Existe un infradiagnóstico por lo que la Duración sin tratamiento (DUP) es más larga. Sin embargo, hay evidencias de mejor respuesta a la clozapina en comparación con adultos.

Consentimiento de pacientes

Sí, confirmo que tengo el consentimiento de el/los pacientes

Referencias

1. Jutla A, Foss-Feig J, Veenstra-VanderWeele J. Autism spectrum disorder and schizophrenia: An updated conceptual review. Autism Res. 2022;15(3):384-412.
2. Driver DI, Thomas S, Gogtay N, Rapoport JL. Childhood-Onset Schizophrenia and Early-onset Schizophrenia Spectrum Disorders: An Update. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2020;29(1):71-90.
3. Adnan M, Motiwala F, Trivedi C, Sultana T, Mansuri Z, Jain S. Clozapine for Management of Childhood and Adolescent-Onset Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2022;32(1):2-11.

CO1 ADOLESCENTES CON ESTADO MENTAL DE ALTO RIESGO DE PSICOSIS Y RASGOS DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO. CARACTERÍSITCAS CLÍNICAS DIFERENCIALES

AUTORES: Sanjuán-Ortiz, Cecilia[1]; De la Serna, Elena[2]; Puig, Olga[2]; Sugranyes, Gisela[2]; Ilzarbe, Daniel[2]; Tor, Jordina[3]; Muñoz-Samons, D[3]; Rodríguez-Pascual, Marta[3]; Dolz, Montserrat[3]; Baeza, Inmaculada[2]

[1] Hospital. Universitari I Politècnic la Fe-Hospital Clinic-Cibersam-Frcb-Idibaps
[2] Hospital Clinic-Cibersam-Frcb-Idibaps
[3] Hospital Sant Joan de Déu

Introducción

La detección de los adolescentes con Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR) es clave tanto por tratarse de una etapa fundamental en el desarrollo como por el retraso del diagnóstico en este grupo (1). Los rasgos del Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) se han relacionado con la aparición de sintomatología psicótica durante la adolescencia (2). El objetivo fue comparar la clínica entre el grupo EMAR con rasgos TEA y aquéllos que no.

Metodología

Se evaluaron en un estudio longitudinal realizado en el Hospital Clínic y Hospital Sant Joan de Deu de Barcelona a nivel basal a 128 adolescentes EMAR. Se realizaron medidas sociodemográficas y clínicas, incluido una escala de cribaje de TEA (Cuestionario de Comunicación Social, SCQ) y la escala para la evaluación de síntomas prodrómicos (SIPS/SOPS). Se dividió a los participantes en dos grupos: aquellos que tenían una puntuación en el cuestionario SCQ según el punto de corte (>=15) y aquellos con una puntuación inferior.

Resultados

19 (14%) de los adolescentes EMAR obtuvieron puntuaciones en la SCQ ≥15. Se obtuvo una mayor proporción de síntomas psicóticos en el subgrupo con una puntuación en el SCQ elevada a nivel basal (Chi2=10,34, p=0,0012). La regresión lineal realizada indicó una relación positiva entre las puntuaciones en el SCQ y las del SIPS/SOPS (F=3,633, p=0,029). De entre las 14 transiciones a un trastorno psicótico observadas, no se obtuvieron diferencias entre ambos grupos.

Conclusiones

Los adolescentes EMAR con rasgos de TEA presentaban en mayor proporción sintomatología de la esfera psicótica atenuada, aunque no se asociaron a las transiciones a trastorno psicótico. El desarrollo de estudios longitudinales podría ayudar a conocer más profundamente la relación entre sintomatología TEA y EMAR de psicosis.

Financiaciamiento

El estudio ha sido financiado por el Ministerio de Innovación, Ciencia y Universidades, Instituto de Salud Carlos III (Fondo de Investigación Sanitaria PI11/1349; PI11/02684; PI15/0444 and PI15/00509, PI18/0242, PI1800976, PI210391, PI21009, PI21/00330), CIBERSAM y Fundación Alicia Koplowitz.

Bibliografía

1. Baeza I, de la Serna E, Mezquida G, Cuesta MJ, Vieta E, Amoretti S, et al. Prodromal symptoms and the duration of untreated psychosis in first episode of psychosis patients: what differences are there between early vs. adult onset and between schizophrenia vs. bipolar disorder? Eur Child Adolesc Psychiatry 2023. https://doi.org/10.1007/s00787-023-02196-7
2. Bevan Jones R, Thapar A, Lewis G, Zammit S. The association between early autistic traits and psychotic experiences in adolescence. Schizophr Res. 2012; 135: 164–9. http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2011.11.037

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL
Volumen 41, Suplemento 1, (2024).

CO2 EL PAPEL DEL MALTRATO INFANTIL Y LOS TRASTORNOS MENTALES EN LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES

AUTORES: Gomez Vallejo, Sandra[1]; Diaz-Marsa, Marina[2]; Andreo Jover, Jorge[3]; Bobes Bascaran, Teresa[4]; Cebria, Anabel[5]; Ruiz Veguilla, Miguel[6]; González Pinto, Ana[7]; de la Torre Luque, Alejandro[8]; Roberto, Natalia[9]; Grande, Iria[1]

[1] Hospital Clínic Barcelona
[2] Hospital Clínico San Carlos Madrid
[3] Hospital la Paz Madrid
[4] Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo.
[5] Hospital Universitari Parc Taulí
[6] Hospital Virgen del Rocio
[7] Hospital Universitario de Alava
[8] Universidad Complutense Madrid
[9] Institut D'investigacions Biomèdiques August Pi I Sunyer (IDIBAPS)

Introducción
El suicidio es una de las principales causas de muerte entre los jóvenes. El factor de riesgo más importante es haber presentado un intento de suicidio (IS) (1). Otros factores de riesgo, como el maltrato infantil (MI) o los trastornos mentales, se han asociado con la conducta suicida (2). No obstante, se desconoce cómo estos factores interactúan entre sí e influencia la ideación y conducta suicida. Por ello, este estudio tiene como objetivo comprender mejor la interacción entre el MI, trastornos mental y suicidio.

Metodología
Reclutamos adolescentes entre 12-17 años de 7 hospitales de España que habían presentado un IS en los 10 días previos. Evaluamos las características de la ideación y conducta suicida a través de la C-SSRS, la presencia de MI usando el CTQ e identificamos trastornos mentales mediante la MINI-Kids. Se evaluaron las asociaciones mediante análisis de regresión y moderación.

Resultados
La muestra incluyó 243 adolescentes, 87,2% mujeres, con una edad media de 15 años (+/-1,49). El trastorno mental más frecuente fue trastorno depresivo (53%) seguido de trastorno de ansiedad generalizado (23,9%). Los análisis de moderación mostraron que puntuaciones elevadas de MI se asociaban con mayor número de IS en presencia de un trastorno mental. Además, encontramos que los individuos con mayores puntuaciones en MI reportaban ideación suicida menos severa cuando se asociaba a un trastorno de ansiedad.

Conclusiones
Nuestros resultados revelan que la presencia de MI aumenta el riesgo de conducta suicida entre los jóvenes. Además, los resultados sugieren que se podría subestimar la ideación suicida entre los adolescentes con MI y un trastorno de ansiedad. Este resultado podría darse por fenómenos de disociación, que haría que estos adolescentes minimicen su sintomatología. En conclusión, estos resultados ofrecen nuevas oportunidades para identificar y prevenir el riesgo suicida entre la población juvenil.

Financiaciamiento
Ministerio de Ciencia e Innovación de España (PI19/01027), Unión Europea, Instituto de Salud Carlos III, Gobierno del Principado de Asturias (PCTI-2021-2023 IDI/2021/111), FINBA, y CIBERSAM.

Bibliografía
1. de la Torre-Luque, et al. Risk of suicide attempt repetition after an index attempt: A systematic review and meta-analysis. Gen Hosp Psychiatry, 2023, 81, 51-56. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2023.01.007
2. Duprey, et al. Child maltreatment and youth suicide risk: A developmental conceptual model and implications for suicide prevention. Dev Psychopathol, 2022, 1-24. https://doi.org/10.1017/s0954579422000414

CO3 TRATAMIENTO DOMICILIARIO EN ADOLESCENTES CON ANOREXIA NERVIOSA (AN): PROGRAMA HOME TREATMENT (HOT)

AUTORA: Godrid Garcia, Monica[1]

[1] Hospital San Juan de Dios de Esplugues

Introducción

La Anorexia Nerviosa (AN) es una enfermedad grave con un alto índice recaídas, cronicidad y mortalidad. El tránsito de la hospitalización al domicilio es difícil para pacientes y familias, necesitando un apoyo adicional para el manejo de los síntomas en casa. Desde el 2021, en el Hospital de Sant Joan de Déu de Esplugues se ha puesto en marcha un programa de tratamiento domiciliario llamado *Home Treatment* (HoT) para adolescentes con AN grave. Está basado en el *Family Based Treatment* haciendo especial énfasis en la multidisciplinariedad. Consta de tres fases: 1ª- Ingreso hospitalario (3 semanas) para estabilización médica y empoderamiento a la familia; 2ª- Tratamiento domiciliario (6 semanas); 3ª- Vinculación a la comunitaria (2 semanas) (1,2).

Metodología

Estudio piloto no aleatorizado para evaluar la viabilidad, seguridad y eficacia del programa.
Se valora evolución ponderal, psicopatología alimentaria, sintomatología ansioso-depresiva, motivación para el cambio y habilidades del cuidador.

Resultados

Tras 11 semanas de tratamiento, la media del índice de masa corporal aumentó significativamente desde el ingreso al alta (15,4 vs. 17,5, $p< 0.001$). A los tres meses de seguimiento, el 85,5%% continuó el tratamiento desde la comunidad y el 14,5% requirió seguimiento desde un entorno hospitalario por la gravedad sintomática

Conclusiones

Ha mostrado una buena viabilidad, seguridad y eficacia en la reducción de los síntomas alimentarios. Resulta, sin embargo, incompleto para un perfil psicopatológico y social caracterizado por rasgos disfuncionales de personalidad y problemas relativos al grupo primario de apoyo

Bibliografía

1. Herpertz-Dahlmann B, Borzikowsky C, Altdorf S, Heider K, Dempfle A, Dahmen B. 'Therapists in action'—Home treatment in adolescent anorexia nervosa: A stepped care approach to shorten inpatient treatment. Eur Eat Disorders Rev. 2021;29:427–442. https://doi.org/10.1002/erv.2755
2. Flütsch, N, Hilti, N, Schräer, C, Soumana, M., Probst, F, Häberling, I, Berger, G. et al. Feasibility and acceptability of home treatment as an add-on to family based therapy for adolescents with anorexia nervosa. A case series. International Journal of Eating Disorders, 2021, 54(9), 1707-1710. https://doi.org/10.1002/eat.23567

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL
Volumen 41, Suplemento 1, (2024).

CO4 EVOLUCIÓN PSICOPATOLÓGICA DE MENORES A LA EDAD ADULTA EN LA PROVINCIA DE LÉRIDA

AUTORES: Jiménez Mayoral, A[1]; Adrados Pérez, M[2]; Nicolau Subires, E[1]; Albert Porcar, C[1]; Ibarra Pertusa, Lucia[1]; Mariscal Castilla, A[1]; Ezpeleta Esteban, J[1]; Lopez Molina, G[1]; Arenas Pijoan, L[1]; Salvador Sánchez, J[1]

[1] Hospital Universitario Santa María. Lleida. España
[2] Hospital Pere Mata. Reus. España

Introducción:
El 75% de la psicopatología se inicia en periodo infanto-juvenil, suponiendo población de riesgo que precisa equipos de atención especializada (1).
La transición a adultos supone cambios organizativos y asocia desvinculación. Cambios de profesionales y centros asistenciales, negación de enfermedad, vivencia de cronicidad o algunos diagnósticos (trastornos de neurodesarrollo, emocionales y de personalidad) se asocian a un mayor riesgo de desvinculación en periodo transicional (2-4).

Metodología
Describir evolución de menores ingresados (2009 a 2023) en Unidad Hospitalización Psiquiátrica de Lleida, analizando diferencias entre diagnósticos y recursos al alta hospitalaria respecto a actuales. Dispone de certificado del comité de ética (CEIC) aprobado.

Resultados
La edad media de ingreso era 14 años. Diagnóstico principal: trastorno por control de impulsos (26,4%), ánimo (22%), adaptativo (12,2%), neurodesarrollo (6,6%), ansiedad (6,4%) y psicosis (5,3%). Diagnósticos secundarios: personalidad (16,9%), conducta (13,5%), ansiedad (7,7%) y uso de sustancias (7,4%). 75,6% derivados a consultas ambulatorias, 13% a Hospital de Día, 3,5% a Centro Terapéutico y 2,2% a Pediatría.
Actualmente, 23,3% no tienen diagnóstico. Los principales son: ánimo (16%), personalidad (10,8%), control de impulsos (10,6%) y neurodesarrollo (8,3%). 35,9% no tiene diagnóstico secundario; los más frecuentes: control de impulsos (18,7%), personalidad (12,8%), ansiedad (7,3%), psicosis (4%) y uso de sustancias (4%).
47,9% vinculados a consultas especializadas, 3,7% a Hospital de Día y 1,3% hospitalizados en el momento del estudio. 28,1% desvinculados y 12,9% en Atención Primaria.

Conclusiones
Garantizar la continuidad asistencial al cumplir la mayoría de edad es fundamental, al tratarse de un periodo de vulnerabilidad por causas multifactoriales y pudiendo intervenir aspectos organizativos, por lo que convendría establecer políticas sanitarias al respecto.

Financiaciamiento
El presente trabajo no ha requerido financiación.

Referencias
1. Carbonez F, Al Husni Al Keilani M, Kornreich C et al. La transition entre soins pédopsychiatriques et soins en psychiatrie adulte. Rev Med Brux. 2018;39(1):35-40. https://doi.org/10.30637/2018.17-043
2. Singh SP, Paul M, Ford T et al. Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: multiperspective study. Br J Psychiatry. 2010 Oct;197(4):305-12. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.075135.
3. Segura-Frontelo A, Alvarez García R, López de Lerma Borrué V et al. Transitioning from the child and adolescent to the adult mental health services. Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed). 2020 Oct-Dec;13(4):180-183. English, Spanish.
4. Carlisle CE, Mamdani M, Schachar R, To T. Predictors of psychiatric aftercare among formerly hospitalized adolescents. Can J Psychiatry. 2012 Nov;57(11):666-76. https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.06.003.

CO5 GRUPO ENLLAÇ: INTERVENCIÓN MULTIFAMILIAR PARA VINCULAR A LAS FAMILIAS EN HOSPITAL DE DÍA

AUTORES: Ribes Carreño, Victor[1]; García Jiménez, Ana Isabel[1]; Santamaría Brea, Javier[1]

[1] Hospital de Día de Adolescentes Miralta

Introducción:
Desde Hospital de Día (HD) hemos detectado que los adolescentes y familias que ingresan traen frecuentemente creencias erróneas respecto al tratamiento. Asimismo, desde 2021 hemos observado un aumento de la demanda y un mayor número de consultas en urgencias (1). Una mayor optimización de entradas y estancias es importante para gestionar las listas de espera. Paralelamente se observa demanda poco activa de las familias y falta de consenso en los objetivos del tratamiento, así como aumento del tiempo que las familias necesitan para vincularse y aumento de la estancia total. Para hacer frente a este escenario se decide diseñar e implementar un grupo de vinculación durante el año 2023 formado por dos sesiones de adolescentes y dos multifamiliares basándose en otras experiencias positivas previas de intervenciones multifamiliares en trastornos mentales severos (2). Se propone un trabajo entre las dos sesiones multifamiliares para poner en consenso objetivos terapéuticos comunes en cada núcleo familiar, que posteriormente se trabaja grupalmente.

Metodología
Se comparan datos cuantitativos entre los años 2022 y 2023 (año inicio de la implementación) con número de altas por desvinculación, número de pacientes que rechazan ingreso en la valoración y otros datos sociodemográficos. Se administra cuestionario ad-hoc al finalizar el grupo.

Resultados
En 2022, rechazaron el tratamiento tras valoración 2 familias, en comparación con 5 familias en 2023. En 2022, hay 6 familias que son alta por desvinculación y en 2023 suman 8 familias. Se mantiene el mismo número de ingresos no indicados y altas voluntarias. Las alta clínicas pasan de 37 a 27. Las derivaciones a unidad de agudos pasan de 15 (2022) a 16 (2023). Se compararan datos cualitativos del trabajo de las familias sobre sus expectativas previas y los diferentes objetivos terapéuticos elaborados por las familias.

Conclusiones
La mayor exigencia de implicación de las familias puede estar relacionado con el aumento de rechazos de las familias. Hay otros factores de confusión que influyen en la vinculación. Se necesita más muestra para observar la tendencia de estos datos.

Referencias
1. Baldaquí, N. et al. Efectos de la pandemia COVID-19 en los dispositivos de salud mental Infantil y Juvenil de un hospital general. Revista de psiquiatría infanto-juvenil. 2021: Volumen 38, número 1. https://doi.org/10.31766/revpsij.v38n1a5
2. McFarlane, WR. et al. Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders. New York, Guilford Press, 2002, p. 403. https://doi.org/10.1007/BF03062060

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL
Volumen 41, Suplemento 1, (2024).

CO6 FLEXIBILIDAD COGNITIVA Y CAMBIO DE LONGITUD DE TELÓMEROS EN EL SÍNDROME DE DELECIÓN 22Q11

AUTORES: Abrokwa Acheampong, Hayford[1]; Fraguas Herráez, David[2]; Rodríguez Toscano, Elisa[3]; Arango López, Celso[1]; Martínez Díaz-Caneja, Covadonga[1]

[1] Hospital General Universitario Gregorio Marañón
[2] Hospital Clínico San Carlos
[3] Universidad Complutense de Madrid

Introducción

El cambio en la longitud de los telómeros se ha relacionado con un peor rendimiento cognitivo en la población general (1). El síndrome de deleción 22q11 es un trastorno genético con afectación multiorgánica y multisistémica y una expresión clínica heterogénea. A nivel neuropsiquiátrico, son frecuentes los síntomas psicóticos, los trastornos del neurodesarrollo y los déficits en diferentes áreas cognitivas (2). El objetivo de este estudio es explorar si los cambios en la longitud de los telómeros se asocian con los déficits en funciones ejecutivas en pacientes con síndrome de deleción 22q11.

Metodología

Evaluamos el cambio en la longitud de los telómeros leucocitarios de un grupo de 35 pacientes con síndrome de deleción 22q11 (38,7% mujeres, edad media = 13,83 años (desviación estándar = 6,1) y analizamos su asociación con el cambio en el rendimiento en pruebas de flexibilidad cognitiva, medida a través del Wisconsin Card Sorting Test (WCST) durante un seguimiento de 24 meses.

Resultados

Se observó una reducción de la longitud de los telómeros entre la visita basal y de 24 meses de seguimiento (media de kilopares de bases en basal: 12112,06 (desviación estandard: 1562,06) y media en seguimiento: 11476,43 (desviación estándard: 1345,36). Se encontró una correlación inversa entre el número de kilopares de bases perdidas y el cambio de rendimiento en el WCST en este período (r= -.964, p= .036).

Conclusiones

Nuestros resultados sugieren que la reducción de la longitud de los telómeros en población con síndrome de deleción 22q11 está relacionada con un peor rendimiento en flexibilidad cognitiva.
Estos hallazgos apoyan la necesidad de un estudio más detallado del posible papel del envejecimiento celular acelerado como potencial mecanismo neurobiológico implicado en los déficits cognitivos en esta población.

Referencias

1. Cohen-Manheim I, Doniger GM, Sinnreich R, Simon ES, Pinchas R, Aviv A, Kark JD. Increased attrition of leukocyte telomere length in young adults is associated with poorer cognitive function in midlife. Eur J Epidemiol. 2016 Feb;31(2):147-57. https://doi.org/10.1007/s10654-015-0051-4.
2. Jhawar N, Brown MJ, Cutler-Landsman D, Kates WR, Angkustsiri K, Antshel KM. Longitudinal Psychiatric and Developmental Outcomes in 22q11.2 Deletion Syndrome: A Systematic Review. J Dev Behav Pediatr. 2021 Jun-Jul 01;42(5):415-427. https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000927.

CO7 APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE TRANSICIÓN INFANTO-JUVENIL A CONSULTAS DE ADULTOS EN EL HOSPITAL DEL HENARES

AUTORES: Gómez Lezcano, Teresa Marina[1]; Bernabé San José , Miguel[1]; López Diago, Rocío[1]; Sánchez Mascaraque, Petra[1]; Correas Lauffer, Javier[1]

[1] Hospital del Henares, Servicio de Salud Mental

Introducción

En nuestras consultas de Salud Mental del Hospital del Henares, se instauró un programa de transición, siguiendo otros programas previos (1,2). Se realiza una coordinación mensual con los profesionales de adultos junto con los de las consultas de infanto-juvenil. Aquí se valora la posibilidad de derivar a los pacientes a la consulta general o se propone iniciar el seguimiento en las consultas monográficas.

Metodología

Se pretende revisar mediante un estudio descriptivo los factores de riesgo y protectores para una mejor adherencia al seguimiento en la edad adulta, buscando tambien la influencia de una intervención específica en consultas monográficas. Esta información se ha extraído de una base de datos de pacientes incluidos en este programa entre 2021 y 2023.

Resultados

Hemos obtenido una muestra de 41 pacientes que han sido derivados al programa de transición. Dentro de los diagnósticos más frecuentes encontramos, trastornos depresivos 22%, trastorno de personalidad 22%, TDAH 15%, TEA 10%.
Dentro de nuestra muestra hemos observado que 6 meses después de la transición el 85% mantienen seguimiento, un 71% pasado un año. El perfil de pacientes que abandonan el seguimiento con mayor frecuencia son los trastornos depresivos y los rasgos disfuncionales de la personalidad.
En cuanto al equipo profesional que realizó el seguimiento durante la transición, observamos que en la mayoría se realizó con equipo multidisciplinar (opción más frecuente con psiquiatría y psicología clínica, 70%). Realizar este cambio a adultos de manera escalonada, no ha llevado a una mejor adherencia al seguimiento.
Por otro lado, aquellos pacientes derivados a consulta monográfica, mantienen en su mayoría el seguimiento: 100% a los 6 meses y 78% al año.

Conclusiones

Los diagnósticos que parecen predisponer a una peor adherencia son los trastornos afectivos y de personalidad. El paso a las consultas de adultos en Salud Metal es un período de riesgo para el desenganche terapéutico, pero la implementación de un programa de transición mejora las tasas de seguimiento a largo plazo.

Referencias

1. Albadalejo GE, et al. Elaboración de un modelo de herramienta de gestión para pacientes en transición desde los Servicios de Salud Mental del Niño y el Adolescente hacia la Salud Mental de Adultos. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. 2020, 37(3):20-28. https://doi.org/10.31766/revpsij.v37n3a3
2. Koplowitz, FA. (Ed.). Libro blanco de la psiquiatría del niño y el adolescente. Fundación Alicia Koplowitz. 2021.

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL
Volumen 41, Suplemento 1, (2024).

CO8 PROGRAMA TRATAMIENTO AMBULATORIO INTENSIVO MULTIDISCIPLINAR (TAIM): TRATAMIENTO AMBULATORIO INTENSIVO EN TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) ADOLESCENTE

AUTORES: González-Villalobos Rincón, Isabel[1]; Padilla Torres, Diego[1]; Suárez Blázquez, Violeta[1]; Abad Condado, Sandra[1]; Palanca Maresca, Inmaculada[2]

[1] Centro de Salud Mental Majadahonda. Hospital Puerta de Hierro
[2] Hospital Universitario Puerta de Hierro

Introducción

En los últimos años se ha observado un incremento en frecuencia y complejidad de los menores con Trastorno Mental Grave (TMG). El sostén de estos pacientes a nivel ambulatorio en el Centro de Salud Mental (CSM) no es suficiente, debido a la alta presión asistencial.
Desde el Hospital Puerta de Hierro, en 2021 surge el Programa TAIM (Tratamiento Ambulatorio Intensivo Multidisciplinar) en el CSM de Majadahonda, cuyo objetivo es la estabilización de la patología del paciente y contención familiar que permita prevenir hospitalizaciones, visitas a Urgencias o a consultas en pacientes con TMG (1).

Metodología

Con una duración de 6 meses, ofrecemos intervenciones tanto individuales (Psicología, Enfermería. Psiquiatría y Tr. Social) como grupales (grupos Multifamiliares (2), grupos terapéuticos de adolescentes y de padres, por separado). Realizamos también intervenciones unifamiliares psicoterapéuticas y visitas domiciliarias.
En el momento actual hemos completado 5 ediciones del programa (50 adolescentes y sus familias). Analizamos datos clínicos y asistenciales, comparándolos antes de la intervención, durante el TAIM, a los 6 meses, 1 y 2 años del programa (en función de la cronología correspondiente).
Consideramos significativos, hasta el momento, los resultados de las 3 primeras ediciones, ya que tenemos datos hasta 1 año post tratamiento (N=30). Los resultados provisionales de los 20 pacientes posteriores son acordes a los obtenidos en ediciones previas.

Resultados

Pre-TAI vs 1 año post-TAI
Urgencias: 32 vs 2
Ingresos: 13 vs 1

Policía: 5 vs 0
Derivaciones HD: 16 vs 4
GAF: 30 vs 65

Se ha obtenido una reducción de autolesiones, cambios en medidas psicométricas de apego y mentalización, que apoyan los datos presentados (en análisis actualmente).

Conclusiones

Observamos una reducción en ingresos, visitas a Urgencias, intervención de la Policía y mejoría de la situación clínica. Se han evitado 12 derivaciones a HD.
Consideramos necesario un cambio en el abordaje del TMG a nivel ambulatorio, con una inclusión de las familias en la intervención.

Referencias

1. González-Villalobos I, Menéndez García A, García-Cid S, Padilla Torres D, Abad Condado S, Suárez Blázquez V, et al. Tratamiento Ambulatorio Intensivo Multidisciplinar (TAIM) para adolescentes con trastorno mental grave. Área3, Cuadernos de temas grupales e institucionales. 2022; 26:1-14.
2. Sempere J, Fuenzalida C. Terapia interfamiliar: de la 'Terapia de familia' a la 'Terapia entre familias'. Análisis y difusión del modelo terapéutico. Psicoterapia y Psicodrama. 2013; 2(1):88–105.

CO9 PROCESAMIENTO VISUAL Y EMOCIONAL EN TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA DE GRADO I: UN ANÁLISIS CON *EYE TRACKER*

AUTORES: Téllez Gómez, Alejandro[1]; Gómez-Merino, Nadina[2]; Navalón Rodríguez, Pablo[1]; Sierra San Miguel, Maria Pilar[3]; García-Blanco, Maria Cristina[4]

[1] Hospital Universitario y Politécnico la Fe
[2] Eri-Lectura, Universitat de València
[3] Departamento de Medicina, Área de Conocimiento Psiquiatría. Facultad de Medicina, Universidad de Valencia; Hospital Universitario y Politécnico la Fe
[4] Instituto de Investigación Sanitaria la Fe

Introducción

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) son trastornos del neurodesarrollo que se caracterizan por presentar dificultades en comunicación e interacción social y comportamientos e intereses repetitivos y restrictivos (1). Se han advertido dificultades en distintos campos, especialmente en emociones, habilidades sociales y comunicación (2), así como sesgos atencionales (3). Se ha relacionado en ocasiones con espectro de la psicosis, con algunas características comunes (4).
Este trabajo tiene como objetivo aumentar el conocimiento sobre procesamiento emocional en individuos con TEA, replicando trabajo ya realizado en patología de la esfera de la psicosis (5).

Metodología

Se realiza seguimiento ocular con *"eye tracker"* a participantes con TEA (DSM-5) de 12-25 años, confirmado por ADI-R y K-BIT, mientras visualizan unas imágenes en pantalla. Se utilizan fotografías en color de SCAT (Green et al, pendiente de publicación), con 7 pares de imágenes: con contexto emocional y sin. Se calibra la posición de fijación de los ojos antes inicio. Los participantes ven 14 estímulos en 2 bloques, respondiendo verbalmente a lo que sienten o piensan las personas en las fotos. Se calculan las variables de movimiento ocular promedio para cada serie de imágenes para examinar las diferencias grupales en el procesamiento del contexto social.
La muestra actual reclutada 33 (N=33), de la cual 3 son género femenino. Rango edad 13 años-22años 9 meses (M=17 años 5 meses).

Resultados

La recogida de datos está en proceso, presentándose en el congreso los resultados de movimientos oculares recogidos en ese momento. Se proporcionarán datos de proporción de tiempo y frecuencia de fijaciones en caras de los estímulos en ambas condiciones (con y sin contexto).

Conclusiones

Este estudio es significativo para comprender las dificultades en el procesamiento emocional en individuos adolescentes y adultos jóvenes con TEA grado I.

Referencias

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Happé F, Frith U. The weak coherence account: Detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. J Autism Dev Disord.2006;36(1):5-25. https://doi.org/10.1007/s10803-005-0039-0.
3. García-Blanco AC, Yáñez N, Vázquez MA, Marcos I, Perea M. Modulation of attention by socio-emotional scenes in children with autism spectrum disorder. Res Autism Spectr Disord. 2017;33:39-46. https://doi.org/10.1016/j.rasd.2016.11.002
4. Fendrik S. Autismo y psicosis infantil. Contribuciones teóricas y clínicas del psicoanálisis. Vertex (Buenos Aires, Argentina).2005;16(62):284–288.
5. Green MJ, Waldron JH, Simpson I, Coltheart M. Visual processing of social context during mental state perception in schizophrenia. J Psychiatry Neurosci.2008;33(1):34-42.

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL
Volumen 41, Suplemento 1, (2024).

CO10 ESTUDIO PILOTO DE UNA APLICACIÓN MÓVIL (THINKAPP) PARA JÓVENES CON PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

AUTORES: Morales, Carla[1]; García-Pardina, MSc, Alejandro[2]; Mayoral, MSc, María[3]; Arango, PhD, Celso[3]; León-Quismondo, PhD, Leticia[4]; Ibáñez, PhD, Ángela[5]; Ochoa, PhD, Susana[6]; Rubio-Abadal, PhD, Elena[6]; Coromina, PhD, Marta[6]; Calvo, PhD, Ana[7]

[1] Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Ciencias Biomédicas y de la Salud, Universidad Europea de Madrid
[2] Department of Psychology, Faculty Of Health Sciences, Universidad Europea De Madrid, Madrid, Spain
[3] Department of Child and Adolescent Psychiatry, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Facultad de Medicina-Universidad Complutense- Iisgm- Cibersam. Madrid, Spain
[4] Department of Psychiatry, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, Spain
[5] Department of Psychiatry, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. Cibersam, Irycis, Universidad de Alcalá, Madrid, Spain
[6] Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, Catalonia, Spain. Cibersam, ISCIII
[7] Department of Personality, Assesment and Clinical Psychology. School of Psychology, Universidad Complutense de Madrid, Campus Somosaguas, Pozuelo de Alarcón, Madrid, Spain

Introducción

Las intervenciones con aplicaciones móviles pueden mejorar los resultados clínicos y sociales de las personas con primeros episodios psicóticos (PEP) y han mostrado su aceptabilidad y viabilidad (1). Además, los jóvenes con PEP muestran interés en las intervenciones móviles para la mejora de la salud mental y poseen dispositivos móviles (2). El objetivo es describir la eficacia, uso y satisfacción de una aplicación móvil para mejorar la calidad de vida, funcionamiento y sintomatología en jóvenes con PEP.

Metodología

Reclutamos 42 pacientes con PEP, de entre 14 y 30 años, de varios hospitales de Madrid y Cataluña que recibían tratamiento habitual. Dieciséis pacientes formaron parte del grupo control. Veintiséis pacientes del grupo experimental accedieron durante 3 meses a la aplicación móvil Thinkapp que contaba con cinco módulos: psicoeducación, prevención de recaídas, resolución de problemas, mindfulness y habilidades sociales. Se recogieron datos acerca de la cantidad de veces y tiempo que cada paciente hacía uso de la aplicación, así como de la satisfacción con la aplicación. La eficacia se evaluó mediante una batería de pruebas clínicas: la sintomatología se evaluó con la Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS), la calidad de vida con la Calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-BREF) y el funcionamiento con la Evaluación Global del Funcionamiento (GAF). Utilizamos un ANOVA de medidas repetidas para grupos independientes.

Resultados

Hubo diferencias significativas en sintomatología (PANSS positiva (p=< 0,001), PANSS negativa (p=0,008), escala total (p=< 0,001)) y en funcionamiento (p=0,024). No se observaron resultados significativos en la comparación entre grupos.
El 92% de los participantes incluidos en ThinkApp hicieron uso de la aplicación, el 77% usó los 5 módulos y el 85% se mostraron satisfechos. El uso disminuyó a partir del primer mes.

Conclusiones

Es necesaria más investigación en el uso, desarrollo y evaluación de aplicaciones móviles para jóvenes con PEP, teniendo en cuenta que su uso podría contribuir a mejorar la calidad de vida, funcionamiento y sintomatología.

Financiaciamiento

Ministerio de Economía, Industria y Competitividad (MINECO). Retos PSI2017-82542-RFundación Alicia Koplowitz, XVI 2020

Referencias

1. Alvarez-Jimenez M, Alcazar-Corcoles MA, Gonzalez-Blanch C, Bendall S, McGorry PD, Gleeson JF. Online, social media and mobile technologies for psychosis treatment: a systematic review on novel user-led interventions. 2014;156(1):96–106.
2. Bonet L, Llácer B, Hernandez-Viadel M, Arce D, Blanquer I, Cañete C, et al. Differences in the use and opinions about new eHealth technologies among patients with psychosis: structured questionnaire. 2018;5(3):e9950.

CO11 PROGRAMA DE ALTERNATIVA A LA HOSPITALIZACIÓN: INTERVENCIÓN, RESULTADOS Y DESAFÍOS

AUTORES: Vazquez Ruiz, Leire[1]; Pardo Gallego, Marta[1]; Estrada Prat, Xavier[1]; Cantón Rivallo, Eva M.[1]; Sánchez Rodríguez, Pilar[1]; Zapata Fenor, Eva[1]; Torres Boncompte, Helena[1]

[1] Hospital Sant Joan de Déu

Introducción

Ante el incremento de las consultas a urgencias psiquiátricas en población infantil-juvenil se plantea un modelo de intervención a la crisis psiquiátrica alternativo a la hospitalización convencional. Se diseña un programa intensivo, en entorno natural y que integra intervenciones clínicas, sociales, familiares y escolares.

Metodología

La muestra analizada es de 71 pacientes, del área de referencia del servicio de salud mental infantil y juvenil del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, que cumplían los siguientes criterios de inclusión: psicopatología aguda; 2 o más visitas a urgencias en los últimos 15 días; presencia de factores contextuales que interfieren en la evolución. Se ha realizado un programa de atención intensiva de 12 semanas, en entorno natural e interdisciplinar.

Para valorar la eficacia de la intervención se recogen datos clínicos pre y post mediante: escala Honosca y entrevista. Las variables clínicas a valorar son: sintomatología; conducta suicida y autolesiones; diagnóstico principal. Otras variables de interés han sido: consultas a urgencias e ingresos durante el programa y funcionamiento psicosocial.

Resultados

La edad media de la muestra fue de 14 años y un 79% fueron chicas. El diagnóstico principal más frecuente fue un 39% TEA y un 25% trastorno depresivo mayor. En un 58% existen dos diagnósticos comórbidos, siendo los más frecuentes: TDA-H y trastornos de ansiedad.

A nivel clínico se evidenció una mejoría significativa en las puntuaciones de la Honosca al alta ($t= 17,99$; $p< 0,01$). Se objetivó una reducción de: la conducta suicida ($F=3,72$; $p< 0,01$) y las autolesiones ($F=2,18$; $p< 0,01$); del uso de urgencias ($t= 4,20$; $p< 0,01$) y del número de ingresos ($t=6,046$; $p< 0,01$).

A nivel de funcionamiento psicosocial se evidenció una mejoría significativa en las puntuaciones de la dimensión social de la Honosca ($t=13,43$; $p< 0,01$). El absentismo escolar pasó del 54% al 14% en el momento del alta.

Conclusiones

Los resultados obtenidos muestran una mejoría a nivel clínico y en el funcionamiento psicosocial de la muestra.

Este tipo de intervención ha supuesto retos y desafíos, tanto a nivel de equipo, como de coordinación con los recursos y en lo relacionado a la población atendida.

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL
Volumen 41, Suplemento 1, (2024).

CO12 PERFIL DE DESREGULACIÓN CBCL, PROBLEMAS AFECTIVOS Y ADHERENCIA EN DIABETES MELLITUS TIPO 1 (DM1) INFANTOJUVENIL

AUTORES: Martín-Martínez, Nuria[1]; Sanz, María[2]; Carrascón, Lucía[2]; Mora, Marina[2]; Mejorado, Francisco J[3]; Marín, Ana María[1]; Ordás, Celia[1]; Panadero-Gómez, Rocío[1]; Abregú-Crespo, Renzo[1]; Carballo, Juan José[1]

[1] Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Iisgm, Cibersam , Isciii, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid
[2] Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid
[3] Servicio de Pediatría. Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid

Introducción

El perfil de desregulación emocional y conductual del CBCL (CBCL-DP) se considera un indicador de mala autorregulación y se asocia a mayor deterioro psicosocial (1) y peor adherencia al tratamiento en población infanto-juvenil (2). Sin embargo, son pocos los estudios que han explorado este perfil en diabetes tipo 1 (DM1) y su impacto sobre la adherencia al tratamiento. El objetivo de este trabajo es hacer una caracterización del CBCL-DP y examinar su relación con la adherencia en una muestra DM1 infanto-juvenil.

Metodología

Se reclutaron 68 pacientes entre 10-18 años con un diagnóstico DM1 atendidos en los hospitales HGUGM y HFJD. Además del CBCL-DP, se evaluaron los problemas afectivos (CBCL), funciones ejecutivas (BRIEF-2), calidad de vida en la DM1 y la adherencia al tratamiento (PedsQL) con cuestionarios heteroaplicados. El control metabólico se evaluó mediante los niveles de HbA1c. Se utilizó la U de Mann-Whitney para la comparación de medias y se realizaron regresiones lineales para comprobar la asociación entre variables con la versión 25 de SPSS.

Resultados

El 15% de los pacientes mostraron una desregulación emocional y conductual al menos 1DE por encima de la media. No se encontraron diferencias significativas en función del sexo y edad entre pacientes con y sin CBCL-DP. Los pacientes con CBCL-DP mostraron peores resultados en control metabólico ($p=0,008$), función ejecutiva ($p< 0,001$), calidad de vida ($p< 0,001$) y adherencia al tratamiento ($p< 0,001$). El modelo de regresión del CBCL-DP explicó un 54,2% de la varianza de la adherencia ($p< 0,001$).

Conclusiones

Los resultados encontrados ponen de manifiesto la notable implicación del CBCL-DP en la adherencia al tratamiento y su impacto a nivel clínico y cognitivo en DM1. Se destaca la necesidad de contemplar esta variable tanto en la evaluación como intervención con estos pacientes.

Financiaciamiento

Con el apoyo del Ministerio de Ciencia e Innovación de España, Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) (PI18/01819).

Bibliografía

1. Carballo JJ, Serrano-Drozdowskyj E, García Nieto R, Díaz de Neira-Hernando M, Pérez-Fominaya M, Molina-Pizarro CA, De León-Martínez V, Baca-García E. Prevalence and Correlates of Psychopathology in Children and Adolescents Evaluated with the Strengths and Difficulties Questionnaire Dysregulation Profile in a Clinical Setting. Psychopathology. 2014;47(5):303-11. Disponible en: https://doi.org/10.1159/000360822
2. Vaid E, Lansing AH, Stanger C. Problems With Self-Regulation, Family Conflict, and Glycemic Control in Adolescents Experiencing Challenges With Managing Type 1 Diabetes. J Pediatr Psychol. 25 de octubre de 2017;43(5):525-33. Disponible en: https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsx134

CO13 DESARROLLO Y EVALUACIÓN CLÍNICA DE TDAPP, UN HERRAMIENTA BASADA EN INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA OPTIMIZAR LAS DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TDAH

AUTORES: Castells Cervelló, Xavier[1]; Ramirez Saco, David[2]; Raya Casanova, Óscar[3]; Baykova, Evgenia[4]; Andreu Borrás, Inés[4]; Lombardía Fernández, Cristina[4]; Cunill Clotet, Ruth[5]; López Ibáñez, Beatriz[3]

[1] Departamento de Ciencias Médicas. Universidad de Girona
[2] Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Universitari Vall D'hebron
[3] Grup de Recerca en Enginyeria de Control I Sistemes Intel Ligents (Exit). Universidad de Girona
[4] Institut D'assistència Sanitària (IAS)
[5] Parc Sanitari Sant Joan de Déu-Numància

Introducción

El aumento exponencial del número de publicaciones científicas dificulta que los clínicos se mantengan actualizados adecuadamente. En este contexto, las GPC (Guías de Práctica Clínica) son un instrumento imprescindible para obtener información sobre terapéutica. Sin embargo, las GPC presentan limitaciones: son analógicas, se actualizan tarde, son centralizadas y hacen recomendaciones generales. Por este motivo la adherencia a las recomendaciones de las GPC es baja.
Queremos desarrollar y evaluar un sistema basado en Inteligencia Artificial (IA) que supere las limitaciones de las GPC.

Metodología

Desarrollo tecnológico:
Hemos desarrollado una herramienta basada en IA para elaborar recomendaciones sobre terapéutica farmacológica y no farmacológica, actualizadas, personalizadas, descentralizadas, participativas y explicativas. La primera aplicación de la tecnología desarrollada ha sido TDApp, que se utiliza en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).
Estudio clínico:
Se estudió una cohorte de 30 pacientes con TDAH. Utilizaron la TDApp para obtener recomendaciones terapéuticas que se comparon con las principales GPC. Se analizó la concordancia entre TDApp y las GPC, así como la satisfacción de los usuarios.

Resultados

Se desarrolló "sistema experto" que implementa la heurística Cochrane/GRADE sobre una base de datos de ensayos clínicos y una entrada de información clínica.
La mejora de los síntomas y de la calidad de vida fueron las preferencias de eficacia seleccionadas con mayor frecuencia. Las convulsiones fueron el efecto adverso más temido. Pocos pacientes (< 10%) seleccionaron las mismas preferencias.
TDApp encontró que la mayoría de evidencias científicas sobre las que se sustentan las recomendaciones eran de calidad "baja" debido a problemas de inconsistencia estadística y a la existencia de sesgos.
El metilfenidato y la rehabilitación cognitiva fueron los tratamientos farmacológicos y no-farmacológicos más recomendados.
La mayoría (>95%) de las recomendaciones tenían un carácter "débil".
TDApp formuló recomendaciones más variadas y actualizadas que las de las GPC. La satisfacción de los usuarios fue alta (>4,0 sobre 5).

Conclusiones

TDApp genera recomendaciones de tratamiento actualizadas, personalizadas, descentralizadas, participativas y explicativas, siendo así una alternativa a las GPC.

Financiaciamiento

Este trabajo ha sido posible gracias a las ayudas AIN2018E, PI23/01690 y PI19/00375 de la Fundación Pasqual Prats y del Instituto de Salud Carlos III.

Referencias

1. Alonso-Coello P, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 2: Clinical practice guidelines. BMJ 2016 doi: 10.1136/bmj.i2089.
2. Arts DL, Voncken AG, Medlock S, Abu-Hanna A, van Weert HC. Reasons for intentional guideline non-adherence: A systematic review. Int J Med Inform 2016;89:55-62.

REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL
Volumen 41, Suplemento 1, (2024).

CO14 PERFIL CLÍNICO, CARACTERÍSTICAS COGNITIVAS Y FUNCIONALES DE CHICAS ADOLESCENTES TEA DE RECIENTE DIAGNÓSTICO

AUTORES: Mezzatesta Gava, Marcela[1]; de Burgos Berdud, Isabel[1]; Ruiz, Carolina[1]; Mairena Garcia de la torre, María Angeles[1]; de Castro Miró, Clara[2]

[1] Unidad Multidisciplinaria del Tr. del Espectro del Autismo (Unimtea) Hospital Sant Joan de Deu Barcelona
[2] CSMIJ Granollers. Hospital Sant Joan de Deu Barcelona

Introducción

La detección y caracterización del autismo en las niñas y adolescentes, continúa siendo un desafío clínico. Existe escasa literatura sobre la relación entre el perfil neuropsicológico y la interferencia clínica y funcional asociada en esta población (1).

Metodología

OBJETIVOS. Describir una muestra de chicas adolescentes derivadas a una unidad de autismo hospitalaria para valoración diagnóstica durante 2023.
Explorar posibles relaciones entre aspectos específicos del perfil cognitivo y la interferencia clínica y funcional.
Criterios de inclusión:(13-16 años), (CIT >85) y cumplir criterios clínicos de TEA tras el proceso de diagnóstico. Se recogen datos socio-demográficos. Se cumplimenta BASC padres(p) y autoinforme(a)(2). Se administra ADOS-2(3) y tareas específicas de NEPSY-II(4) cuyas puntuaciones escalares se categorizaron en bajas (<8); medias (8-12) y altas (>12). Para explorar la relación entre variables categóricas se utilizan pruebas de X2 y correlaciones de Pearson(r) y Spearman(rho). Análisis estadístico SPSSv.22.

Resultados

32 pacientes reclutadas. Edad media 14,9(sd 1.18). Diagnósticos previos más frecuentes:TDAH(40%;n=8),Tr. Depresivo(40%,n=8),Tr.Ansiedad(30%,n=6),Tr. Aprendizaje (30%,n=6), y tr.de personalidad(12,5%, n=20). 40%(n=8) tenían uno o más ingresos psiquiátricos previos. Sólo el 40%(n=8) obtuvo puntuaciones significativas en ADOS-2. El 60%(n=19), cumplimentaron las escalas BASC(p y a) y se les administró las tares de "Atención auditiva", "Flexibilidad cognitiva", "Inhibición" y "Emociones" de NEPSY-II. Puntuaciones **bajas** en"Atención auditiva" se asociaban a problemas atencionales (X2=9,6,p=0.048); y se correlacionaban con depresión(r=0.568,p=0.034) y problemas de autoestima(rho=0.609,p=0.035). Puntuaciones **bajas** en "Flexibilidad cognitiva",se asociaban a disfunción ejecutiva(X2=5.44,p=0.036) y se correlacionaban con problemas escolares(r=0.542,p=0.008), falta de confianza en sí misma(r=0.542,p=0.008), depresión (rho=0.461 ,p=0.009) y deterioro funcional(r=0.566,p=0.044). Puntuaciones **bajas** en "Inhibición", se correlacionaban con dificultades de adaptación(r=0.867, p=0.01); tr. del desarrollo social(r=0.566, p=0.044), autocontrol emocional(rho=0.566,p=0.044), TDAH(r=0.547; p=0.043), probabilidad de autismo(r=0.573;p=0.032) y disfunción ejecutiva(rho=0.528; p=0.05).
Puntuaciones **bajas** en la tarea de "Emociones", se correlacionaban con estrés social(r=0.701;p=0.01),dificultades en relación con padres(r=0.743, p=0.006); e interpersonales(r=0.743,p=0.006), autoestima(r=0.597,p=0.041), ansiedad ante exámenes(r=0.638,p=0.026),control de la ira(r=0.620; p=0.042),tr. del desarrollo social(r=0.743,p=0.006) y probabilidad de comportamiento perturbador(r=0.540;p=0.046).

Conclusiones

Las alteraciones en el perfil neuropsicológico pueden asociarse a un impacto emocional, interferencia clínica y funcional en las adolescentes autistas sin discapacidad intelectual. Comprender mejor su perfil de funcionamiento y características asociadas permitirá una detección más temprana y desarrollar intervenciones clínicas de mayor especificidad.

Financiaciamiento

No ha recibido financiación

Bibliografía

1. Green RM,Travers AM,Howe Y,McDougle CJ.Women and Autism Spectrum Disorder: Diagnosis and Implications for Treatment of Adolescents and Adults.Curr Psychiatry Rep. 2019 Mar 9;21(4):22.doi: 10.1007/s11920-019-1006-3.
2. Behavior Assessment System for Children (BASC-3). Reynolds - Kamphaus, 2015.
3. Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-2). Western Psychological Services, 2012.
4. NEPSY-II. Korkman et al., 2007

CO15 COORDINACIONES TELEMÁTICAS SALUD-EDUCACIÓN-SOCIAL DESDE EL HOSPITAL DE DÍA PARA ADOLESCENTES: UN APRENDIZAJE POST PANDEMIA

AUTOR: Bobadilla González, Israel Antonio[1]

[1] Hospital de Dia para Adolescentes Gavà Fundació Orienta Barcelona

Introducción

En los hospitales de día para adolescentes el absentismo escolar recurrente o permanente suele ser uno de los principales motivos de ingreso y la reintegración al sistema educativo uno de los criterios de éxito de la intervención.
Desde el inicio de la pandemia por la Covid-19, se ha descrito un incremento notable de la psicopatología en adolescentes y el absentismo secundario (1, 2). Así también, el sistema escolar y social se ha visto fuertemente afectado por medidas de seguridad sanitaria que han impactado en la comunicación entre servidores.
El objetivo de esta presentación es describir el impacto del inicio de las coordinaciones telemáticas recurrentes entre salud y educación en un hospital de día de Barcelona.

Metodología

Se describe cuali y cuantitativamente el cambio de paradigma en las coordinaciones intersectoriales desde el año 2019 al 2023.

Resultados

Ha habido un incremento del 270% de las coordinaciones realizadas durante un ingreso promedio de 6 meses. Se ha facilitado el retorno escolar y el mantenimiento de estudios durante el tiempo de ingreso. Existe alta satisfacción por parte de los usuarios profesionales y familias de este tipo de intervenciones.

Conclusiones

Las coordinaciones telemáticas intersectoriales favorecen la coordinación desde un hospital de día con los prestadores educativos y sociales; pudiendo influír en una mejor efectividad del retorno escolar y re-vinculación de adolescentes ingresados en un hospital de día.

Referencias

1. Allen CW, Diamond-Myrsten S, Rollins LK. School Absenteeism in Children and Adolescents. Am Fam Physician. 2018 Dec 15;98(12):738-744.
2. Allison MA, Attisha E, -amp; COUNCIL ON SCHOOL HEALTH (2019). The Link Between School Attendance and Good Health. Pediatrics, 143(2), e20183648.https://doi.org/10.1542/peds.2018-3648
3. Li Y. Adolescent Psychological Assistance Treatment Strategy Integrating Home-School Coordination and Network Information. Occupational therapy international, 2022, 6393139. https://doi.org/10.1155/2022/6393139 (Retraction published Occup Ther Int. 2024 Jan 24;2024:9895303)