

En el Programa correspondiente al 58 Congreso Nacional de AEPNYA, celebrado en Granada del 16 al 18 de Mayo de 2013, se omitió por error la inclusión de la siguiente Comunicación Oral presentada en el mismo.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE UNA MUESTRA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON SÍNDROME DE RIESGO DE PSICOSIS

I Baeza Pertegaz (1), E de la Serna Gómez (2), G Segranyes Ernest (3), O Puig Navarro (4), C Espelt March (4), J Tor Fabra (5), M Carulla Roig (6), V Sánchez Gistau (7), M Espadas Tejerina (8), M Dolz Abadía (9)

(1) Psiquiatra. Doctora en Medicina y Cirugía. Coordinadora del Programa de Psicosis Incipiente Esquerra de l'Eixample, Programa Esquizofrenia Clínic, Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil, Institut Clínic de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM.

(2) Psicóloga. Doctora en Neurociencias. CIBERSAM, Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil, Institut Clínic de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona.

(3) Psiquiatra. Doctora en Medicina y Cirugía. Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil, Institut Clínic de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, IDIBAPS.

(4) Psicóloga, Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil, Institut Clínic de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona.

(5) Psicóloga. Investigadora becaria. Fundació per a la Recerca i la Docència Sant Joan de Déu. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.

(6) Psiquiatra. Investigadora becaria. Fundació per a la recerca i la docència Sant Joan de Déu. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.

(7) Psiquiatra, Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil, Institut Clínic de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona.

(8) Psiquiatra, facultativo especialista. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.

(9) Psiquiatra, facultativo especialista senior. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.

Introducción/antecedentes:

Según la hipótesis del neurodesarrollo y la neurodegeneración (Bota et al, 2008) en los trastornos psicóticos existiría un estadije ("Clinical staging model"; McGorry et al, 2008), que definiría el grado de progresión de la enfermedad, siendo el primer estadio el ultra-riesgo de psicosis, también llamado fase prodrómica o síndrome de riesgo de psicosis (SRP; Correll et al, 2010). Durante esta fase, la vulnerabilidad a progresar a una psicosis podría detectarse con varios indicadores.

Los estudios realizados hasta el momento en sujetos con SRP incluyen principalmente mayores de 18 años, o en algún caso, mayores de 14 años (Cornblatt et al, 2002), pero el umbral de psicosis y los síntomas atenuados podría ser diferente en población menor de 18 años (Arango et al, 2011), por lo que es importante estudiar la población infanto-juvenil con este síndrome.

Hipótesis y Objetivos:

Describir las características clínicas de una muestra de niños y adolescentes con SRP.

Material y Métodos:

Se evaluaron sujetos que acudían demandando ayuda y que cumplían criterios de SRP en los servicios de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil del Hospital Clínic y el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Criterios de inclusión (Miller et al, 2002; Lencz et al, 2004; Klosterkotter et al, 2001): 1) Síntomas positivos o negativos atenuados en los 12 meses previos; 2) Síntomas psicóticos breves e intermitentes; 3) Familiar de 1º o 2º grado ó Tr.esquizotípico+ disminución del funcionamiento; edad: 10-17 años. Se administró la entrevista/escala "Semistructured Interview for Prodromal Syndromes"/"Scale of Prodromal Symptoms" (SIPS/SOPS) para la evaluación del riesgo de psicosis. En la SOPS se describen 4 subescalas (síntomas positivos, negativos, desorganización y general) y una puntuación total. Se administró también una batería de escalas clíni-

cas, incluyendo la entrevista diagnóstica Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Present and Lifetime version (K-SADS-PL).

Resultados:

Se han incluido 18 sujetos (15,3±1,7 años, rango: 12-17 años; 33,3% varones). 10 (55,6%) cumplían el criterio 1 de inclusión. En la escala SOPS las puntuaciones fueron: (Positiva: 9,7±5,1; Negativa: 14,9±5,3; Desorganización: 5,7±3,1; General: 9,4±2,8; Total: 39,1±10,9). GAF: 56,6'±7,3; GAF social: 6,4±1,4; GAF rol: 5,8±1. Once (61,1%) pacientes cumplían criterios DSM-IV para algún diagnóstico actual: trastornos del estado de ánimo: 5 (44,2%), fobia social: 2 (11,1%); TDAH: 2 (11,1%); TOC: 1 (5,6%); trastorno de ansiedad generalizada: 1 (5,6%). Cuatro pacientes (28,6%) consumían cannabis. Quince pacientes (83,3%) realizaban algún tipo de tratamiento: 7 (38,9%) sólo farmacológico; 4 (22,2%) sólo psicológico y 4 (22,2%) combinado. Respecto al tratamiento farmacológico, 8 (72,8%) pacientes tomaban un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) y 6 (54,5%) un antipsicótico. Ocho pacientes (72,8%) tomaban más de un fármaco.

Conclusiones:

Los pacientes con SRP presentaban mayoritariamente síntomas positivos y negativos atenuados y un bajo nivel de funcionamiento. A pesar de presentar sintomatología, sólo 61,1% de los pacientes presentaban un diagnóstico actual (criterios DSM-IV), siendo los más frecuentes

los trastornos del estado de ánimo. Esto se diferencia de estudios de psicopatología en población general adolescente, donde los trastornos más prevalentes son los de ansiedad (Costello et al, 2011). La mayor parte de pacientes recibía algún tipo de tratamiento, siendo el más frecuente el farmacológico, con varias combinaciones de fármacos.

Referencias esenciales:

1. Bota RG, Sagduyu K, Filin EE et al. Toward a better identification and treatment of schizophrenia prodrome. *Bulletin of the Menninger Clinic* 2008; 72:210-227.
2. Correll CU, Hauser M, Auther AM et al. Research in people with psychosis risk syndrome: a review of the current evidence and future directions *J Child Psychol Psychiatry*. 2010; 51: 390-431.
3. Costello EJ, Copeland W, Angold A. Trends in psychopathology across the adolescent years: what changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *J Child Psychol Psychiatry* 2011; 52: 1015-25.
4. Lencz T, Smith CW, Auther A et al. Nonspecific and attenuated negative symptoms in patients at clinical high-risk for schizophrenia. *Schizophr Res*. 2004; 68: 37-48.
5. McGorry PD, Killackey E, Yung A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry* 2008; 7: 148-156.