

SUMARIO

OVIEDO
2019

30 - 31
de mayo
y 1 de junio

AEPNYA
Asociación Española
de Psiquiatría del
Niño y el Adolescente

63
CONGRESO NACIONAL

 **Asociación Española de
Psiquiatría del Niño
Y del Adolescente**

Palacio de Exposiciones y Congresos Ciudad de Oviedo

Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil

Doi: <https://doi.org/10.31766/revpsij.v36n2>

Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2019;36(2)



AEPNYA

Asociación Española de Psiquiatría
del Niño y el Adolescente

Miembro de la European Society of Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP)

COMISIÓN DE PUBLICACIONES

Director

Inmaculada Baeza Pertegaz
(direccion.revista@aepnya.org)

Secretaría

Paloma Varela Casal
(secretaria.revista@aepnya.org)

COMITÉ EDITORIAL

Juan José Carballo Belloso
Enrique Ortega García
Antonio Pelaz Antolín
Rafael de Burgos Marín
Francisco Ruiz Sanz
Francisco Díaz Atienza
Isabel Hernández Otero
Óscar Herreros Rodríguez
Covadonga Martínez Díaz-Caneja
Francisco Montañés Rada
Carmen Moreno Ruiz
Soraya Otero Cuesta
Helena Romero Escobar
Pedro Manuel Ruiz Lázaro
José Salavert Jiménez

JUNTA DIRECTIVA DE LA AEPNYA

Presidenta: Dolores M^a Moreno Parcillos

Vice-presidente: José Ángel Alda Díez

Secretario: Carlos Imaz Roncero

Tesorera: Beatriz Payá Gonzalez

Presidenta Comité Científico: Luisa Lázaro García

Presidente Comité Publicaciones Medios de

Comunicación: Belén Rubio Morell

Vocales: Rafaela Caballero Andaluz,

C. Pilar Baos Sendarrubias y Kristian Naenen Hernani

PRESIDENTES DE HONOR DE LA AEPNYA

J. Córdoba Rodríguez	V. López-Ibor Camós
J. de Moragas Gallisa	J. Rom i Font
C. Vázquez Velasco	J. Tomás i Vilaltella
L. Folch i Camarasa	J.L. Alcázar Fernández
A. Serrate Torrente	M. Velilla Picazo
F.J. Mendiguchia Quijada	M.J. Mardomingo Sanz
M. de Linares Pezzi	M. D. Domínguez Santos
	J. Castro Fornieles

Asociación fundada en 1950.

Revista fundada en 1983.

Indizada en Academic Search Premier,

Fuente Academica Plus Evaluada en

LATINDEX.

Catálogo v1.0 (2002 - 2017), CARHUS
Plus+ 2018

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE (AEPNYA)

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 AEPNYA

secretaria.tecnica@aepnya.org

Oceano Azul. Rúa Menéndez y Pelayo, 4, 2º B,
15005 La Coruña, España

2019. Asociación Española de Psiquiatría
del Niño y el Adolescente

Esta obra se encuentra bajo Licencia Creative Commons
CC BY-NC-ND 4.0

Esta publicación sigue los lineamientos definidos por
COPE (<https://publicationethics.org/>)

Depósito legal: M-6161-2015

ISSN:1130-9512

Registrada como comunicación de soporte válido
30-R-CM

Publicación trimestral

Soporte Técnico:

Journals &
Authors
soluciones en publicaciones científicas

Medellín, Colombia

Tel.: (+57) 316 7322347

www.jasolutions.com.co

CONTENIDO

Simposios

- S1: Intervenciones Tempranas en los Trastornos Mentales de la Infancia y la Adolescencia.....12**
1. Intervenciones tempranas en los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia
 2. Intervención comunitaria en el trastorno del espectro del autismo
 3. Intervención temprana en trastornos psicóticos
- S2: Nuevos retos en los trastornos adictivos en la adolescencia.....14**
1. Adolescencia, trauma, trastornos del vínculo y trastornos por uso de sustancias
 2. Transición de la adolescencia a la edad adulta en los dispositivos de atención a las adicciones
 3. Adicciones comportamentales en la adolescencia
- S3: Influencia de los Cambios Sociales en la Psicopatología y el Abordaje Terapéutico15**
de los Niños y Adolescentes.
1. Repercusión de los cambios sociales en urgencias y en la sala de psiquiatría infantojuvenil
 2. Características psicopatológicas y necesidades especiales de los niños y adolescentes tutelados
 3. psicopatología y atención clínica a menores en situaciones de conflicto conyugal
- S4: La transición entre los servicios de salud mental de Niños y adolescentes17**
y los de adultos: buscando soluciones Compartidas.
1. Impacto de la transición entre los servicios de salud mental de niños y adolescentes y los de adultos en España y en Europa
 2. ¿qué dificulta la transición desde los servicios de salud mental de niños y adolescentes a los de adultos? identificando barreras.
 3. Innovando en transición: propuestas de mejora de la asistencia entre los servicios de salud mental de niños y adolescentes y los de adultos.
- S5: Los trastornos del sueño en los Trastornos del Espectro Autista.....18**
1. Fisiopatología de los trastornos del sueño en TEA
 2. Evaluación y manejo de las dificultades de sueño en TEA.
 3. Problemas de sueño y su relación con trastornos gastrointestinales funcionales en TEA
- S6: Programas de Resiliencia en Salud Mental para Niños Y Adolescentes.....20**
1. Dos intervenciones preventivas de salud mental dentro de un hospital infantil
 2. Programa de educación emocional en niños con riesgo psicopatológico leve.
 3. Curriculum socio-emocional basado en terapia dialéctica conductual para fortalecer la resiliencia del alumnado adolescente en Vizcaya
- S7: Genética y Salud Mental Infanto-Juvenil.....22**
1. Síndromes genéticos en salud mental
 2. Estrés y epigenética
 3. Estrés y epigenética
- S8: Retos y Oportunidades en la Formación en Psiquiatría y psicología del niño y del Adolescente: del residente al adjunto.....24**
1. Formación en psiquiatría del niño y del adolescente durante la residencia: retos y oportunidades
 2. Formación clínica en psiquiatría del niño y del adolescente post-residencia: emigrar y regresar
 3. Formación en investigación en psiquiatría del niño y del adolescente: entre bastidores

S9: Retos y Oportunidades en la Formación en Psiquiatría y psicología del niño y del Adolescente: del residente al adjunto	25
1. Influencia de los acontecimientos traumáticos en la infancia en las conductas suicidas	
2. Tentativas autolíticas en adolescentes y jóvenes: ¿enfermedad psiquiátrica o fenómeno social?	
3. Utilidad de los programas de prevención orientados al ámbito escolar. la experiencia seyle	
S10: Estrés y enfermedad mental en niños y adolescentes	26
1. Estrés precoz y eje hipotálamo-pituitario-adrenal: implicaciones en psicopatología y cognición	
2. Estrés y trastorno del neurodesarrollo: tdah	
3. Estrés y psicosis en fases tempranas	
S11: Abuso sexual y salud mental: estudio longitudinal prospectivo de una muestra de adolescentes.	28
1. Correlatos y predictores de autolesiones en adolescentes tras una agresión sexual	
2. TEPT complejo y disregulación emocional en adolescentes tras una agresión sexual	
3. Síntomas somáticos en adolescentes tras una agresión sexual.	
S12: Cuestiones sin resolver en la asociación entre el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, el sueño y la alimentación.	29
1. Dieta durante el embarazo y trayectorias de los niños en hiperactividad, inatención y problemas de conducta en el periodo de 3 a 8 años. resultados del estudio de cohortes madre-hijo eden	
2. Relación entre trastornos del sueño y de la conducta alimentaria en niños y adolescentes con trastorno de déficit de atención e hiperactividad	
3. Escasa adhesión a la dieta mediterránea, y su posible influencia en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad: ¿causa o efecto?	
S13: Prevención del consumo de alcohol en adolescencia: Programa ícaro-alcohol.	31
1. La prevención del consumo de alcohol en menores: aproximación desde la evidencia	
2. Intervención preventiva del alcohol en urgencias y emergencias: oportunidades y áreas de mejora	
3. La intervención motivacional breve desde los servicios de referencia de prevención y la formación	
S14: Clínica de la primera infancia. un reto interdisciplinar.	33
1. Importancia de la psicopatología y diagnóstico precoz en la primera infancia	
2. Psicopatología y clínica del bebé y el niño pequeño: el diagnóstico y la intervención terapéutica como base de la prevención.	
3. Programa de clínica de la primera infancia en el hospital niño jesús.	
S15: La intervención clínica de precisión en los Trastornos de alimentación, sobrepeso y obesidad.	34
1. Factores de riesgo genético para trastornos de alimentación en las diferentes etapas evolutivas de niños y adolescentes.	
2. Intervenciones clínicas según marcadores de gravedad en trastornos de alimentación	
3. Correlatos emocionales en sobrepeso y obesidad infantil: aportación etiológica e intervención multidisciplinar desde atención primaria	
S16: Avances en neurobiología de los trastornos psiquiátricos de inicio temprano.	35
1. Perfiles de inflamación en psicosis de inicio temprano	
2. Oxidación y envejecimiento celular en jóvenes con psicosis de inicio temprano	
3. Inflamación y permeabilidad intestinal en autismo	

Talleres

- T1: Atención a menores con padres en situaciones de conflicto en materia de información y consentimiento sobre la salud de sus hijos. protocolos de actuación en la práctica clínica.....38**
1. Aspectos ético-legales en la atención a menores con padres en situaciones de conflicto
 2. Protocolos de actuación en la práctica clínica
 3. Presentación y discusión de casos clínicos
- T2: Evaluación e intervención en trastornos ejecutivo-atencionales: un puente entre la psiquiatría y la neuropsicología.....39**
1. ¿trastorno por déficit de atención o trastorno del espectro atencional? deconstruyendo el diagnóstico desde la neuropsicología y psiquiatría.
 2. Tea vs. tdah: ¿un mismo espectro o etiquetas diagnósticas diferentes?
 3. Otros trastornos ejecutivos-atencionales: no todo es TDAH
- T3: Valoración e intervención en conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes.....40**
1. Características y generalidades de la conducta suicida en el adolescente
 2. Valoración y manejo de la conducta suicida en el adolescente
 3. Presentación de casos clínicos y discusión
- T4: Proyecto intea. presentación de un proyecto piloto de intervención integral, unificada y basada en la evidencia en población tea en edad escolar.41**
1. Introducción. evaluación y supervisión de objetivos
 2. Intervención centrada en el ámbito familiar
 3. Trastorno del espectro autista y bullying
- T5: Mindfulness para niños con tdah: un programa estandarizado.....42**
1. Mindfulness para niños con tdah: un programa estandarizado.
 2. Mindfulness para niños con tdah: un programa estandarizado.
- T6: Personalización del tratamiento del trastorno de déficit de atención e hiperactividad.....43**
1. La historia de un mal caso
 2. Tratamiento del paciente comorbido
- T7: Taller de casos clínicos: aspectos ético-legales en la atención a menores víctimas de abusos sexuales. protocolos de actuación y casos clínicos.....44**
1. Protocolo de actuación ante una sospecha de abuso sexual en el servicio de psiquiatría del hospital general universitario gregorio marañón
 2. Programa clínico de prevención y tratamiento de las secuelas psíquicas en víctimas de una agresión sexual
 3. Menor víctima de abusos y agresiones sexuales y psicopatología: casos clínicos
- T8: Irritabilidad crónica en niños y adolescentes: diagnóstico diferencial entrenamiento práctico con aprendizaje basado en casos.....46**
1. Descripción y análisis de la irritabilidad crónica y grave en niños y adolescentes
 2. Diagnóstico diferencial de la irritabilidad crónica y severa en niños y adolescentes
 3. Principales tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos en la irritabilidad crónica y grave en niños y adolescentes
- T9: “Adolescentes, drogas y nuevas tecnologías; una intervención terapéutica integral”.....47**
1. ¿Existen criterios compartidos de uso problemático, abuso y dependencia en drogas y nuevas tecnologías?
 2. ¿Hay concurrencia en adolescentes y jóvenes afectados por patología dual y comportamientos de abuso de nuevas tecnologías?

T10: Genética en la práctica clínica de la psiquiatría infanto-juvenil. Uso y aplicaciones.....48
 1. Genética clínica aplicada en la consulta de psiquiatría infanto-juvenil: una ligera aproximación teórica
 2. Genética clínica aplicada en la consulta de psiquiatría infanto-juvenil: casos clínicos y aplicabilidad real

T11: Maltrato infantil. medidas de protección a la infancia.perspectiva49
 desde el trabajo realizado en las comisiones de apoyo a la familia de la comunidad de madrid.
 1. Maltrato infantil: etiología y tipos. presentación de casos clínicos.
 2. Importancia del trabajo en red. comisiones de apoyo a la familia.
 3. Consecuencias del maltrato infantil. resolución de casos clínicos.

T12: Consecuencias del maltrato infantil. resolución de casos clínicos.....51
 1. Programa tealimento: valoración de la efectividad de un programa de intervención para niños con tea y dificultades alimentarias
 2. Programa de intervención grupal para pacientes con bulimia nerviosa
 3. Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos (arfid): datos sociodemográficos, características clínicas y programa de intervención

T13: Programas ambulatorios intensivos en una red de salud mental infanto juvenil de barcelona.....52
 1. Pensa (prevención en psicosis adolescente): implementación de un programa ambulatorio de prevención de psicosis en adolescentes con estados mentales de alto riesgo y primeros episodios.
 2. Pas a pas (paso a paso): programa de transición y tratamiento intensivo para niños con trastorno del espectro autista en una red de atención ambulatoria de salud mental en barcelona.
 3. GIIB (Grupos de Intervención Inicial Breve): terapia grupal breve ambulatoria para intervención inicial en trastornos mentales leves en barcelona.

Comunicaciones Orales

CO1: Evaluación de la sintomatología TDAH pasada y actual en los progenitores de niños con TDAH frente a la población genera.....54

CO2: Factores relacionados con las alteraciones del sueño en niños con tdah de reciente diagnóstico versus controles sanos.....55

CO3: Abordaje de patología resistente y cribado poblacional de psicosis en la adolescencia. (programa de transición & primeros consumos del complejo hospitalario de toledo).....56

CO4: Estudio observacional del consumo de tabaco en pacientes ingresados en una unidad de agudos de salud mental infanto -juvenil.....57

CO5: Desarrollo de una intervención online para adolescentes con un primer episodio psicótico: think app.....58

CO6: Diagnostico y tratamiento de estados mentales de alto riesgo (emars) en infanto-juvenil. experiencia de 1 año.....59

CO7: Programa de enlace en el trasplante pediátrico de órgano sólido.....	60
CO8: Ingresos hospitalarios en adolescentes de 14-17 años en 2018 en la provincia de malaga. análisis de la demanda y reflexión sobre las necesidades.....	61

Posters

P1: Análisis de los síntomas TDAH, el nivel académico adquirido y la necesidad de prestación por desempleo en progenitores de niños con TDAH.....	62
P2: De la genética al autismo.....	63
P3: Efecto secundario de neuroléptico en paciente adolescente.....	64
P4: Genética clínica: práctica actual y opiniones entre los psiquiatras infanto-juveniles en españa.....	65
P5: Puntos convergentes y divergentes de la terapia dialéctica conductual y otras psicoterapias. una revisión en población adolescente.....	66
P6: Eficacia de la intervención familiar sistémica en el sistema público de salud.....	67
P7: Manejo de la comorbilidad de trastorno evitativo restrictivo de la ingesta: a propósito de un caso.....	68
P8: Compendio de trastornos mentales en el síndrome de kabuki. una revisión de la literatura.....	69
P9: TDAH Y Desregulación emocional.....	70
P10: Eficacia de la psicoeducación para padres en el TDAH.....	71
P11: Diagnóstico diferencial de la psicosis infantil y tea en niñas: a propósito de un caso.....	72
P12: Prevalencia y características del bullying y ciberbullying en adolescentes con trastorno mental: un estudio transversal en granada.....	73
P13: Diagnóstico de t. espectro autista y la influencia cultural en herramientas diagnósticas (test ados): a propósito de un caso.....	74
P14: La discalculia en la consulta de psiquiatría infanto-juvenil.....	75
P15: Criterios de valoración de un estudio a largo plazo de GXR con respecto al pulso y la presión arterial en niños y adolescentes con TDAH.....	76
P16: dormir 10 horas..... campana de concienciación sobre la importancia de hábitos de sueño adecuados en la infancia y la salud mental	77

P17: Deprivación social temprana y alteración en el desarrollo del lenguaje.....	78
P18: Las múltiples formas de la ansiedad.....	79
P19: Manifestaciones psiquiátricas del síndrome de arnold-chiari.....	80
P20: Influencia de una guía de recomendaciones para los cuidados de personas con síndrome prader-willi. intervención educativa a 12 meses de seguimiento.....	81
P21: Hacia una mejor calidad en la atención a la salud mental de niños y adolescentes con discapacidad intelectual.....	82
P22: Salud mental durante el embarazo y repercusiones sobre el recién nacido.....	83
P23: Psicosis y autolesiones.....	84
P24: Trastornos psicóticos y trastorno obsesivo compulsivo ¿comorbilidad o continuun?.....	85
P25: Si me das la mano te contagio, mi mamá no para de limpiar, mi papá toca muchas veces la llave de la luz. trastorno obsesivo compulsivo y fenómeno de acomodación familiar.....	86
P26: Hospitalización psiquiátrica de niños y adolescentes: una experiencia de diez años.....	87
P27: Estudio de satisfacción en familiares de menores atendidos por disforia de género en un equipo de salud mental.....	88
P28: Análisis de los diferentes criterios de respuesta aplicados post hoc para seleccionar estudios controlados, aleatorizados y a corto plazo sobre lisdexanfetamina dimesilato en niños y adolescentes con TDAH.....	89
P29: Eficacia de la guanfacina de liberación prolongada niños y adolescentes con tdah y trastorno negativista desafiante comórbido.....	90
P30: Cuidar sin ataduras: abriendo camino en el acompañamiento a adolescentes.....	91
P31: Suicidalidad en población infantojuvenil: perfil sociodemográfico y clínico de los menores hospitalizados en psiquiatría en baleares.....	92
P32: Trastorno del espectro autista y orientación sexual. A propósito de un caso.....	93
P33: Trastornos del espectro autista y comorbilidad con síntomas psicóticos, a propósito de un caso.....	94
P34: Este cuerpo no me pertenece. a propósito de un caso.....	95
P35: Análisis de datos de pacientes con trastorno de la conducta alimentaria (tca) ingresados en la unidad de hospitalización de psiquiatría de la infancia y la adolescencia del hospital universitari son espases.....	95
P36: Estudio descriptivo de comorbilidad en pacientes tdah en una consulta de psiquiatría de la infancia y adolescencia.....	97

P37: Psiquiatría infantil transcultural: atención a menores inmigrantes en el marco hospitalario.....	98
P38: History of adolescent cannabis use in patients with severe mental disorders: relationship with metabolic alterations in adult age.....	99
P39: “Vivir con un dai (dispositivo automático implantable)”. A propósito de un caso.....	100
P40: Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de ulises) en población infanto-juvenil.a propósito de un caso.....	101
P41: Torno de la tourette y comorbilidades.....	102
P42: Aislamiento social y soledad en pacientes con diagnóstico de tea.....	103
P43: Impacto psicológico durante la adolescencia en la enfermedad de duchenne. a propósito de un caso.....	104
P44: Psicoterapia breve en conductas (no) suicidas en adolescentes.....	105
P45: Trastorno desintegrativo infantil: a propósito de un caso.....	106
P46: Trastorno disfórico premenstrual: una realidad silente en psiquiatría infanto-juvenil.....	107
P47: Complementando la tcc: técnica de la externalización del síntoma. a propósito de un caso de miedo a dormir solo en el programa de soporte a la primaria.....	108
P48: Uso de clozapina en la unidad de hospitalización breve de psiquiatría infanto-juvenil del hospital clínico universitario de valladolid.....	109
P49: Alteraciones en el neurodesarrollo y en la conducta en exprematuros extremos y muy extremos a los 2 años de edad.....	110
P50: Estudio descriptivo de menores que residen en centro de educación intensiva.....	111
P51: Esquizofrenia de inicio temprano y déficit cognitivo.....	112
P52: Hiperprolactinemia causada por antipsicóticos en población infanto-juvenil: frecuencia y relevancia clínica.....	113
P53: Estudio sobre la conducta autolesiva en niños y adolescentes ingresados.....	114
P54: Espectro esquizo-obsesivo: evolución de la infancia a la adultez, a propósito de un caso.....	115
P55: Disregulación emocional y alexitimia en adolescentes con anorexia nerviosa.....	116
P56: ¡Qué explote el mundo!.....	118
P57: El adelgazamiento cortical está asociado con la emergencia de síntomas psicóticos en jóvenes de alto riesgo familiar.....	119
P58: Factores psicosociales y su relación con los diagnósticos más frecuentes de los pacientes ingresados en la unidad de psiquiatría de adolescentes de asturias en 2018.....	120
P59: Sintomatología motora en niños y adolescentes.....	121
P60: Comorbilidad en tdah en una unidad de agudos.....	122

P61: Fuera de juego. la otra cara del deporte.....	123
P62: “Acoso escolar y conductas autolesivas en una muestra clínica infanto-juvenil en un centro de salud mental”	124
P63: “Revisión bibliografica de los efectos en el psiquismo de la conducta autolesiva como forma de manejar lo traumatico en el acoso escolar”	125
P64: Ingresos hospitalarios de niños y adolescentes por patología psiquiátrica en andalucía.....	126
P65: Análisis de ingresos hospitalarios en niños y adolescentes por trastornos del humor en españa.....	127
P66: Tratamiento hospitalario en el inicio de los trastornos de la alimentación en la adolescencia.....	128
P67: Efectos de una terapia grupal en adolescentes con saf.....	129
P68: Uso del tratamiento farmacológico y terapias alternativas en un grupo de pacientes diagnosticados de trastorno del espectro autista.....	130
P69: Regresión de habilidades lingüísticas, a propósito de un caso	131
P70: Adherencia al seguimiento tras el alta de hospital de díadel espectro autista.....	132
P71: Patrón de utilización de los servicios de salud mental en niños y adolescentes ingresados con esquizofrenia u otros trastornos psicóticosdel espectro autista.....	133
P72: Descripción de un grupo de psicodrama para niños con dificultades de socialización.....	134
P73: Perfil psicopatológico, función ejecutiva y lenguaje pragmático en niños con trastornos del neurodesarrollo y antecedentes familiares de esquizofrenia.....	135
P74: No tener amigos expone a tener enemigos. dificultades en el ámbito social en los trastornos del espectro autista.....	136
P75: ¿Ser padres a cualquier precio?.....	137
P76: Saber de dónde partimos nos ayuda a conocer a dónde vamos. evaluación en un programa grupal.....	138
P77: Cuando la base se tambalea. efecto de la sintomatología negativa en etapas tempranas.....	139
P78: Detrás del síntoma: actualización de perfil del adolescente con cortes en atención ambulatoria.....	140
P79: ¿Quién consulta por cortes? estudio descriptivo en una intervención grupal con adolescentes.....	141
P80: Sufrimiento ligado a las emociones: resultados de un estudio piloto de terapia dialéctico conductual en la adolescencia.....	142
P81: Consumo de sustancias en una unidad de agudos.....	143
P82: Una mirada hacia el absentismo escolar.....	144
P83: Antecedentes de conducta autolesiva en población adolescente de la unidad de hospitalización psiquiátrica de adolescentes del hospital universitario central de asturias.....	145

P84: Síndrome de klinefelter y psicosis. a propósito de un caso.....	146
P85: Aula terapeutico educativa de adolescentes: una experiencia de dos años.....	147
P86: Utilización de psicofármacos en el tratamiento ambulatorio de menores en acogimiento residencial.....	148
P87: Urgencias psiquiatricas de la vida cotidiana en menores.....	149
P88: Urgencias psiquiatricas infanto-juveniles en 48 meses.....	150
P89: Influencia del género en las características clínicas de los pacientes ingresados en una unidad de hospitalización psiquiátrica de adolescentes.....	151
P90: valoración psicométrica de suicidio y depresión en la unidad de hospitalización psiquiátrica de adolescentes (UHPA) del hospital universitario central de asturias (HUCA).....	152
P91: Aplicación de la genómica en psiquiatría infantil: a propósito de un caso de microduplicación 1q21.1.....	153
P92: Estudio de la validez de las formas abreviadas de la escala de inteligencia de wechsler en niños y adultos jóvenes con trastornos afectivos y controles.....	154
P93: Trastornos mitocondriales: perspectiva desde la psiquiatría infanto-juvenil.....	155
P94: Biomarcadores de estrés y síntomas cognitivos del TDAH infantojuvenil.....	156
P95: “Desarrollo y evaluación de la eficacia de un programa de intervención basado en mindfulness en adolescentes con sintomatología ansioso-depresiva atendidos en una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.” (PREMIO AEPNYA 2018).....	157
P96: Trastorno del Espectro Autista; A propósito de un caso, “literalmente”	158
P97: Arte y psiquiatría; expresión artística de la enfermedad a propósito de un caso.	159
P98: Mindfulness mediante realidad virtual en niños recientemente diagnosticado de TDAH versus programa de mindfulness estándar (estudio aleatorizado).....	160
P99: El CSMIJ va a la Escuela.....	161
P100: Adolescencia: Un lenguaje común para profesionales.....	162
P101: Perfil del uso clínico de gunfacina tras su primer año de comercialización en el área noroeste de la comunidad de madrid.....	162
P102: Adopción: analizando la demanda en la usmij.....	163
P103: Mejoría de la calidad de vida de niños asmáticos mal controlados, tras un programa de entrenamiento en mindfulness.....	164
P104: <u>Crisis convulsivas no epilépticas</u> : a propósito de un caso clínico de la Unidad de Hospitalización de Infanto-Juvenil.....	165
P105: Revisión de síndrome phelan mcdermid. espectro sintomático a propósito de un caso.....	166
P106: Trastornos alimentarios infantiles (TAI) el esfuerzo y adaptación familiar (incluyendo abuelas) para un buen y sorprendente resultado.....	166

S1

INTERVENCIONES TEMPRANAS EN LOS TRASTORNOS MENTALES DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

PRESENTADOR: Real-López, Matias; Psiquiatra, coordinador del Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia. Universitat Jaume I, Castellón. AEPNyA

CO-CONFERENCIANTES: Pàmias, Montse; Psiquiatra, Jefe de Salud Mental Infantojuvenil. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. AEPNyA. **Moreno Ruiz, Carmen;** Psiquiatra, MD. PhD. Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Departamento de Psiquiatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, IISGM, CIBERSAM. AEPNyA

Introducción:

Las enfermedades mentales son una de las principales causas de discapacidad y el 70% de estos trastornos se empiezan a desarrollar antes de que las personas que los padecen alcancen los 18 años. Por tanto, la prevención, la detección y la intervención temprana son fundamentales

PONENCIA 1

INTERVENCIÓN PRECOZ EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

PONENTE: Matias Real Lopez

Introducción:

Ante la necesidad de detectar y abordar de manera precoz e intensiva a los niños y adolescentes que padecen algún trastorno mental grave se creó en la provincia de Castellón un programa pionero en la Comunidad Valenciana. Está constituido por una consulta externa para el seguimiento estrecho, una sala de hospitalización completa y el primer hospital de día educativo-terapéutico para adolescentes de nuestra región autonómica (HDET).

Objetivos y método:

En esta ponencia se expondrá la experiencia a lo largo de 10 años, los puntos fuertes y las necesidades de mejora detectadas así como los resultados de nuestro trabajo a lo largo del tiempo.

Resultados:

En el HDET se han atendido 219 casos, (56% varones y 44% mujeres; edad media 14,6 ; dt 1,24); tras el alta el 95% de los casos se incorporaron e integraron en su entorno adecuadamente cumpliendo así con el plan terapéutico propuesto. Las altas se deben en la mayoría de ocasiones a mejoría de los pacientes (68%). Solo el 4,4% requirió reingresar en HDET por empeoramiento clínico. La inmensa mayoría de los pacientes dados de alta definitiva no requirieron nuevos ingresos en la sala de hospitalización completa. En todos los casos se aseguró su seguimiento sanitario post-alta. Todos ellos mantuvieron algún tipo de escolarización, bien reincorporándose a su centro de origen bien a otro instituto diferente; en todos los casos se adecuó la modalidad educativa a las características propias y evolutivas del menor.

Conclusiones:

Los datos hasta el momento, en línea con lo hallado en otros HD infanto-juveniles, sugieren que el tratamiento realizado en este tipo de recurso asistencial es eficaz.

Referencias:

1. Solana, B. Atención integral a los trastornos mentales graves en la infancia. Centro de día terapéutico-educativo de Ortuella.
2. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. 2010; 50: 181-196.

PONENCIA 2

INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN EL TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO

PONENTE: Montse Pàmias

Introducción:

El trastorno del espectro del autismo es un trastorno del neurodesarrollo que afecta a 1/200 personas. Los síntomas nucleares son una alteración en la comunicación e interacción social y en la conducta. Existen diversos grados de afectación, y en muchos casos se asocian otros trastornos de salud mental.

La intervención en comunicación, lenguaje y conducta de manera precoz puede modificar el curso evolutivo del trastorno ⁽¹⁾. No existe un tratamiento farmacológico para los síntomas nucleares del autismo, y la evidencia científica apunta a intervenciones psicosociales interdisciplinarias e integrales para estos pacientes. Estas intervenciones deben poder ser generalizables e integradas en la comunidad para que se produzca una verdadera rehabilitación del trastorno ⁽²⁾.

Objetivos y método:

En esta ponencia expondremos nuestra forma de trabajar desde el hospital a la comunidad para el tratamiento del autismo.

Resultados:

Nuestra unidad (integrada entre salud mental y neuropediatría) atiende durante toda la infancia, con un programa de continuidad en la edad adulta. En colaboración con el departamento de educación, disponemos de diferentes recursos y soportes escolares en función de la gravedad del autismo (unidades USEE, CEE, MAPA). El programa contempla como parte esencial del soporte a la familia y recientemente hemos iniciado un programa de hospitalización a domicilio, ante la dificultad y la situación de malestar que produce la hospitalización psiquiátrica en niños con TEA. Esta intervención a domicilio, facilita la reincorporación a su entorno académico y social, disminuyendo el riesgo de mayor déficit cognitivo que conlleva las largas hospitalizaciones, especialmente en un momento de mayor desarrollo cerebral, como es la infancia y adolescencia.

Referencias:

1. LeBlanc LA, Gillis JM. Behavioral Interventions for children with autism spectrum disorders, *Pediatr Clin N Am* 2012;59, 147 – 164.
2. Smith T, Iadarola S. Evidence Base Update for Autism Spectrum Disorder *J Clin Child Adolesc Psychol* 2015;44 (6):897-922.

PONENCIA 3

INTERVENCIÓN TEMPRANA EN TRASTORNOS PSICÓTICOS

PONENTE: Carmen Moreno Ruiz

Introducción:

Los trastornos psicóticos pueden tener su inicio antes de la edad adulta. Los casos que comienzan en la infancia y la adolescencia presentan importante alteración del funcionamiento a nivel familiar, escolar y social, aspectos que condicionan un peor pronóstico y que suponen un reto a la hora de diseñar e implementar estrategias de tratamiento.

Objetivos y método:

En esta ponencia se revisarán aspectos relacionados con el tratamiento integral de los trastornos psicóticos de inicio temprano, discutiendo las guías de tratamiento vigente y las opciones psicofarmacológicas disponibles ⁽¹⁾. Además, se presentará el Programa de Intervención en Psicosis Adolescente (PIENSA) desarrollado en el Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del HGU Gregorio Marañón.

Resultados:

Este programa adopta un enfoque psicoeducativo basado en la resolución de dilemas y tiene como fin último mejorar la evolución y la adaptación psicosocial de los adolescentes que han experimentado un primer episodio psicótico, además de promover en sus familiares una mejor comprensión y manejo de la enfermedad. Este modelo se ha adaptado al sistema público de salud y a la población adolescente, adecuando los tiempos de intervención, desarrollándose durante el curso lectivo, e incluyendo sesiones por separado para pacientes y familiares en las que trabajar los aspectos de difícil manejo.

Conclusiones:

El programa PIENSA ha demostrado eficacia en la mejoría de los síntomas negativos y en la disminución en las visitas a urgencias, aspectos que complementan los beneficios del tratamiento psicofarmacológico ^(2,3).

Referencias:

1. Guía clínica y terapéutica para primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia. 2015 Centro de Investigación Biomédica en Red - CIBER ISBN: 978-84-606-6300-3 Depósito legal: B 8656-2015 Editor: Centro de Investigación Biomédica en Red - CIBER
2. Calvo A, Moreno M, Ruiz-Sancho A, Rapado-Castro M, Moreno C, Sánchez-Gutiérrez T, Arango C, Mayoral M. Psychoeducational group intervention for adolescents with psychosis and their families: a two-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2015, vol. 54, no. 12, pp. 984-990.
3. Ana Calvo; Miguel Moreno; Ana Ruiz-Sancho; Marta Rapado-Castro; Carmen Moreno; Teresa Sánchez-Gutiérrez; Celso Arango; María Mayoral. Intervention for Adolescents With Early Onset Psychosis and Their Families: A Randomized Controlled Trial. The PIENSA program. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014 Jun; 53(6):688-96.

S2 NUEVOS RETOS EN LOS TRASTORNOS ADICTIVOS EN LA ADOLESCENCIA.

PONENTE: Carolina Franco Porras, Coordinadora del CAS de Les Corts, Centro de Higiene Mental Les Corts, Barcelona

PONENCIA 1

ADOLESCENCIA, TRAUMA, TRASTORNOS DEL VÍNCULO Y TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS

PONENTE: Dr. Javier Goti Elejalde, Psiquiatra. Coordinador de Consultas Externas, AMSA-IMQ. Servicio de Psiquiatría y Psicología

RESUMEN:

Los avances en la investigación en torno a los trastornos por conducta adictiva han podido describir algunos de los procesos neurobiológicos que subyacen en la transición del uso a la conducta adictiva. Igualmente, han podido describirse algunos modelos de vulnerabilidad hacia el inicio precoz de conductas potencialmente adictivas, y/o hacia la progresión a la adicción. En este sentido, si bien se han descrito factores constitucionales de vulnerabilidad hacia las adicciones, el papel del ambiente es fundamental, de manera que la etiopatogenia de estos trastornos responde bien a un modelo de diátesis-estrés similar al de otros trastornos del neurodesarrollo. Merecen especial atención las experiencias tempranas de trauma o negligencia, y el papel que las mismas pueden constituir como factor inespecífico de propensión hacia la psicopatología y hacia la conducta adictiva. Las atribuciones causales en lo concerniente a los trastornos de conducta adictiva tienen relevancia en tanto y cuanto constituyen ámbitos de potencial intervención preventiva o terapéutica. El objetivo de esta comunicación es hacer una revisión a partir de las actualizaciones en este tema y ofrecer un modelo de integración dirigido a elaborar propuestas de prevención/intervención.

PONENCIA 2

14

TRANSICIÓN DE LA ADOLESCENCIA A LA EDAD ADULTA EN LOS DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES

PONENTE: Dra. Carolina Franco Porras, Coordinadora del CAS de Les Corts, Centro de Higiene Mental Les Corts, Barcelona

RESUMEN:

Los avances en la investigación en torno a los trastornos por Los trastornos adictivos, tanto los trastornos por uso de sustancias (TUS) como las adicciones comportamentales (AC), han sufrido un incremento en su prevalencia y complejidad en los últimos años, específicamente en la adolescencia y los primeros años de la edad adulta.

De la misma manera, se ha incrementado el consumo de sustancias psicoactivas cada vez a edades más precoces. Además, se han complejizado las características sociodemográficas de la población por los cambios sociales, culturales y económicos de esta última década lo que infieren mayor complejidad a estos trastornos.

Por último, cabe destacar que en la sociedad actual, la adolescencia se alarga más allá de la mayoría de edad. Tal es así que la Organización Mundial de la Salud ha extendido la adolescencia por definición hasta los 25 años. Realizar la transición de los pacientes a las unidades de adultos en este periodo de elevada inestabilidad supone un gran desafío para los terapeutas, específicamente en el campo de las adicciones. La población joven es la más vulnerable, la que necesita más atención pero es la que menos acude a los dispositivos de salud dificultando la intervención de detección y preventiva de las adicciones y patologías

asociadas. Existe una brecha en la continuidad asistencial cuando los adolescentes cumplen los 18 y pasan a la red de adultos observándose altos índices de desvinculación.
El desarrollo de las unidades funcionales de transición facilitan la vinculación y atención de estos jóvenes en riesgo.

PONENCIA 3**ADICCIONES COMPORTAMENTALES EN LA ADOLESCENCIA**

PONENTE: Dra. Eva Varela Bodenlle, Psiquiatra Unidad de Conductas Adictivas de Adolescentes. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Hospital Clinic Barcelona

RESUMEN:

En las últimas décadas las nuevas tecnologías se han convertido en un elemento indispensable en nuestro día a día, aportando numerosos beneficios y mejoras en la calidad de vida. Sin embargo, un empleo negativo de las mismas puede resultar altamente nocivo. Los jóvenes son un grupo especialmente vulnerable, ya que se encuentran en pleno proceso de desarrollo y han crecido en un entorno donde la realidad virtual es la normalidad. En algunos casos, el uso excesivo de Internet puede llegar a interferir en las actividades cotidianas y alterar la funcionalidad de los adolescentes de forma grave, tanto a nivel social (abandono de relaciones con iguales, aislamiento en domicilio), académico (absentismo escolar, descenso del rendimiento) como familiar (conflictos frecuentes, conducta antinormativa). Así mismo, estos jóvenes pueden experimentar una incapacidad o malestar excesivo ante la desconexión a la red. Si esto ocurre podríamos estar ante un caso de adicción a Internet, lo que requiere un abordaje específico por parte de profesionales expertos en la materia. En esta ponencia se hará un repaso de los conceptos de uso excesivo o adicción, se abordarán los factores de riesgo de abuso en jóvenes (tanto a nivel individual, familiar como social), signos de alarma y posibilidades de actuación ante la sospecha de encontrarnos con un problema de uso excesivo de Internet o nuevas tecnologías.

S3**INFLUENCIA DE LOS CAMBIOS SOCIALES EN LA PSICOPATOLOGÍA Y EL ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES.**

PONENTE: Inmaculada Baeza Pertegaz, Psiquiatra del Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil Instituto Clínic de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona

PONENCIA 1**REPERCUSIÓN DE LOS CAMBIOS SOCIALES EN URGENCIAS Y EN LA SALA DE PSIQUIATRÍA INFANTOJUVENIL**

PONENTE: Inmaculada Baeza, Psiquiatra del Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil Instituto Clínic de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona

Introducción:

En las últimas décadas se han venido produciendo una serie de cambios sociales que tienen influencia en la psicopatología que se observa en los niños y adolescentes. Así, el retraso en la maternidad y paternidad, el aumento del nº de divorcios, de las adopciones internacionales y de inmigrantes, entre otros, así como el cambio de valores producido en la sociedad española y las sociedades occidentales en general, ha llevado a diferencias observables para los profesionales que se dedican a la salud mental infanto-juvenil.

Objetivo:

Explicar las características diferenciales de la sociedad de los años 1970s, 2000 y la actualidad. Comentar el resultados de estudios propios y de otros autores que reflejan los cambios en psicopatología.

Métodos:

Se realizó un estudio retrospectivo en la sala de hospitalización de Psiquiatría infanto-juvenil del H.Clinic de Barcelona de todos los primeros ingresos desde 2009-2011. Se compararon los pacientes autóctonos vs. los inmigrantes en características sociodemográficas, factores de estrés y diagnósticos, entre otros. Otro estudio del mismo centro estudió de 2013- 2016 los pacientes ingresados a los que se indican antipsicóticos de liberación retardada (LAI).

Resultados:

Del primer estudio se compararon 191 pacientes autóctonos vs. 43 inmigrantes (principalmente de Sudamérica). Éstos presentaban significativamente mayor nº de maltrato, abusos sexuales, separación parental, ruptura familiar y habían estado tutelados

por la administración, con principal diagnóstico de Tr.psicótico vs. Tr.de la conducta alimentaria en los autóctonos.En los 30 pacientes con LAI, 23% eran tutelados, 13% adoptados y 70% con padres divorciados. Se explicarán estudios sobre la prevalencia de autolesiones.

Conclusiones:

Paralelamente a los cambios sociales se observan cambios psicopatológicos en los niños y adolescentes ingresados o que acuden a urgencias. Es importante analizar dichos cambios para poder explicar los resultados y planificar la actuación a nivel de Salud Pública.

PONENCIA 2

CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS Y NECESIDADES ESPECIALES DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES TUTELADOS

PONENTE: Mireia Solerdelcoll Arimany, Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría de Niño y del Adolescente. Coordinadora AMITEA. Hospital GU Gregorio Marañón. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM). CIBERSAM (G01). Facultad de Medicina, UCM.

RESUMEN:

Los Centros Residenciales de Acción Educativa (CRAE) y los Centros de Acogida son un recurso alternativo a un medio familiar inexistente, deteriorado o con graves dificultades para cubrir las necesidades básicas del niño o adolescente, entre los tutelados por el Estado. En los últimos años existe una tendencia ascendente del número de menores tutelados por el sistema de protección y de acogimientos residenciales, así como de niños en espera para una familia de acogida o adopción. En 2017, un total de 43.902 niños y adolescentes fueron atendidos por el sistema de protección a la infancia y 14.104 residían en un CRAE. Si nos centramos en Cataluña, en el mismo periodo 7.160 jóvenes estaban bajo custodia, de ellos 26.5% eran extranjeros y 3.200 vivían en un CRAE. Uno de los factores determinantes de esta presión de los sistemas de protección es la llegada creciente de menores extranjeros no acompañados. Actualmente, la mayoría de los estudios nacionales publicados son de carácter gubernamental, existiendo un vacío de conocimiento de la psicopatología y del uso de Servicios de Psiquiatría Infanto-Juvenil por parte de esta frágil población. Estudios previos, revelan una mayor prevalencia de trastornos externalizantes y del neurodesarrollo que la población general. Estudios longitudinales reportan un mayor riesgo de ser víctimas de maltrato por sus cuidadores y de consumo de tóxicos, además de mayores tasas de fracaso escolar y desempleo. En base a nuestros resultados, estos menores podrían beneficiarse de programas de prevención y detección precoz de patología mental y de la implementación de intervenciones tempranas multidisciplinarias.

PONENCIA 3

PSICOPATOLOGÍA Y ATENCIÓN CLÍNICA A MENORES EN SITUACIONES DE CONFLICTO CONYUGAL

PONENTE: Laura Parealla, Psiquiatra del Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGGM), Madrid

RESUMEN:

En los últimos años en España se han producido importantes cambios sociales. Entre ellos, la familia como constructo social está en continuo cambio y con aumento de situaciones de conflicto judicializado entre progenitores. Los profesionales sanitarios, se ven cada vez más inmersos en estas dificultades respecto a la atención sanitaria de los menores atendidos en los dispositivos de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Problemas en la dinámica familiar, por ejemplo, situaciones de conflicto entre progenitores /cuidadores en materia de información sobre procedimientos de salud de sus hijos o en materia de obtención de consentimiento para evaluación y/o intervención, generan asimismo dilemas clínicos y psiquiátrico-legales en el manejo diario de estos pacientes. La complejidad del abordaje y escasez de soportes especializados, se evidencia con una creciente necesidad de intervención de los servicios sociales o solicitud de auxilio judicial por parte de los profesionales. En esta última ponencia se pretende dar a conocer algunos términos legales básicos en relación a la familia así como una visión sobre la problemática actual en España en relación con esta conflictiva. Se pretende asimismo ofrecer criterios para abordar de forma correcta las situaciones conflictivas entre familiares, entre ellos criterios sobre el deber de la información sanitaria, respetando el derecho de los progenitores y de los hijos y fomentando siempre el mejor interés del menor.

S4

LA TRANSICIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES Y LOS DE ADULTOS: BUSCANDO SOLUCIONES COMPARTIDAS

PPRESIDENTE: Dolores Moreno Pardillo, Jefe de Sección SEPNA. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

RESUMEN:

La transición entre los Servicios de Niños y Adolescentes y los de adultos es un tema ampliamente estudiado, pero todavía no resuelto. Está claramente documentado la existencia de un hiato asistencial e identificadas las barreras que dificultan una transición adecuada. Sin embargo, la solución a la cuestión es un debate abierto. Debido a las diferencias en la organización de los Servicios de Salud Mental, los enfoques e intervenciones de los servicios deben desarrollarse a nivel nacional. El simposio pretende exponer como punto de partida el análisis de resultados de un extenso estudio epidemiológico sobre la transición en la Comunidad de Madrid y los resultados de una encuesta sobre la transición realizada a profesionales de Servicios de Salud Mental de Adultos de la misma comunidad. Presentará también las posibles soluciones implantadas en otros países. La participación de profesionales de adultos y de niños y adolescentes permitirá establecer un diálogo que explore las posibles alternativas en nuestro entorno.

PONENCIA 1

IMPACTO DE LA TRANSICIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES Y LOS DE ADULTOS EN ESPAÑA Y EN EUROPA

PONENTE: Blanca Reneses Prieto, Jefe de Servicio de Psiquiatría. Directora del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

PONENCIA 2

¿QUÉ DIFICULTA LA TRANSICIÓN DESDE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES A LOS DE ADULTOS? IDENTIFICANDO BARRERAS.

PONENTE: Idir Mesian Pérez, Facultativo Especialista de Área. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid

PONENCIA 3

INNOVANDO EN TRANSICIÓN: PROPUESTAS DE MEJORA DE LA ASISTENCIA ENTRE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES Y LOS DE ADULTOS.

PONENTE: Nuria Tur Salamanca, Coordinadora de la Unidad de Niños y Adolescentes. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

S5

LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO EN LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

PONENTE: Mara Parellada Redondo, Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría de Niño y del Adolescente. Coordinadora AMI-TEA. Hospital GU Gregorio Marañón. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM). CIBERSAM. Facultad de Medicina, UCM. Madrid

RESUMEN:

Los trastornos de sueño constituyen una de las comorbilidades más prevalentes en personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) y pueden afectar a entre un 40% y un 80% según los autores, prevalencia mucho más elevada que la de la población general. Estudios de neurofisiológicos (polisomnografía) han mostrado alteración en la arquitectura del sueño de los niños con TEA, con dificultades de conciliación, despertares más frecuentes y menor duración total del mismo. Varias hipótesis podrían explicarlo, como un posible retraso en la secreción de la hormona que favorece el sueño, o su mayor sensibilidad a estímulos sensoriales (hipersensorialidad), o la presencia de otros trastornos que aparecen con frecuencia en comorbilidad, como epilepsia, Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH), etc... Estudios observacionales han constatado que los problemas de sueño se relacionan también con otros trastornos no neurológicos, entre ellos con mucha frecuencia se asocian con la presencia de trastornos gastrointestinales funcionales (TGI). Esta asociación debe de ser tenida en cuenta como posible causa etiológica de los problemas de sueño y como foco de tratamiento. Los problemas de sueño en niños con TEA cobran gran relevancia en esta población ya que afectan negativamente a la capacidad de interacción social, los comportamientos estereotipados y empeoran el desempeño cognitivo. Una correcta valoración de los problemas del sueño, identificando sus posibles causas y otras patologías en comórbidas es imprescindible a la hora de determinar la implementación del tratamiento más adecuado con la elección de las medidas conductuales y/o farmacológicas de forma individualizada en cada caso.

PONENCIA 1

FISIOPATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO EN TEA

PONENTE: Francesca Canellas, Psiquiatra. Experta en trastornos de sueño. Servicio de Psiquiatría y Unidad Multidisciplinar de Sueño, Hospital Universitario Son Espasses, IdISPa, Palma de Mallorca

RESUMEN:

Los trastornos del sueño son más frecuentes en niños y adultos con Trastorno del Espectro Autista (TEA) que en la población general. Las estimaciones de prevalencia van del 30% al 80% de estos pacientes y estos trastornos pueden empeorar los síntomas del autismo.

Las anomalías genéticas y biológicas intrínsecas que alteran el desarrollo neurológico pueden producir al mismo tiempo alteraciones del sueño. Estas no tienen un patrón único y definido sino que se han descrito diversas alteraciones en determinados grupos de pacientes. Una anomalía reportada con frecuencia ha sido la desregulación del eje hipotalámico-pituitario que regula la ritmicidad circadiana y el patrón sueño- vigilia.

Sistemas de neurotransmisores como el gabaérgico y el serotoninérgico del hipotálamo y tronco cerebral están implicados en la regulación del sueño y en establecer un ciclo de sueño- vigilia regular. En algunos TEA se ha descrito una alteración de la migración de las interneuronas gabaérgicas y una menor acción inhibitoria del GABA sobre las áreas promotoras de la vigilia. También se ha descrito una deficiencia de acetil-serotonina-N-metiltransferasa (enzima que cataliza la biosíntesis de melatonina a partir de serotonina) que puede afectar la producción de niveles adecuados de melatonina y por tanto una alteración de los mecanismos de inducción al inicio del sueño, dependientes de la melatonina.

18

PONENCIA 2

EVALUACIÓN Y MANEJO DE LAS DIFICULTADES DE SUEÑO EN TEA

PONENTE: Gonzalo Pin Arboledas, Pediatra. Unidad del sueño. Hospital Quirón Salud-Valencia

PONENCIA 3

PROBLEMAS DE SUEÑO Y SU RELACIÓN CON TRASTORNOS GASTROINTESTINALES FUNCIONALES EN TEA

PONENTE: María José Penzol Alonso, Psiquiatra de infancia y adolescencia, Investigadora predoctoral adscrita a CIBERSAM. Programa de Medicina Molecular-Universidad Santiago de Compostela

RESUMEN:

Los trastornos de sueño constituyen una de las comorbilidades más prevalentes en personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA), entre un 40% y un 80% según los autores ⁽¹⁻³⁾, prevalencia mucho más elevada que la de la población general. Estudios observacionales han constatado que los problemas de sueño se relacionan también con otros trastornos no neurológicos, entre ellos con mucha frecuencia se asocian con la presencia de trastornos gastrointestinales funcionales (TGIf), con periodos de latencia del sueño más prolongados, y más dificultades en conciliar el sueño ⁽⁴⁾. La coexistencia de trastorno del sueño y gastrointestinales en personas con autismo ha sido ampliamente descrito, sugiriendo la existencia de vías fisiopatológicas potencialmente comunes ⁽⁵⁾. En un estudio retrospectivo en personas con autismo (n= 845), llevado a cabo por nuestro grupo de investigación, encontramos que el TGIf está frecuentemente asociado a problemas de sueño (34.9%); con mayor prevalencia en los que presentan TGIf comparados con los que no lo presentan ($X^2 = 6.878$, $p < 0.009$). Explorando predictores de TGIf, la presencia de trastornos de sueño resultó estar significativamente asociada con TGIf (OR = 1.502, 95% CI:1.107–1.2036; $p = 0.009$). A pesar de que la dirección de esta asociación causal entre TGIf y trastorno de sueño no está clara en muchos casos, debe ser tenida en cuenta como posible causa etiológica de los problemas de sueño y como foco de tratamiento. Una identificación temprana y tratamiento de los TGI puede mejorar la calidad del sueño y ayudar a aumentar la funcionalidad de las personas con TEA ⁽⁶⁾.

REFERENCIAS:

1. Kotagal S, Broomall E. Sleep in children with autism spectrum disorder. *Pediatr Neurol.* (2012) 11:242–51. doi: 10.1016/j.pediatrneurol.2012.05.007
2. Souders MC, Zavodny S, Eriksen W, Sinko R, Connell J, Kernset C, et al. Sleep in children with autism spectrum disorder. *Curr Psychiatry Rep.* (2017) 19:34. doi: 10.1007/s11920-017-0782-x
3. Yang XL, Liang S, Zou MY, Sun CH, Han PP, Jiang XT, et al. Are gastrointestinal and sleep problems associated with behavioral symptoms of autism spectrum disorder? *Psychiatry Res.* (2018) 259:229–35. doi: 10.1016/j.psychres.2017.10.040
4. Goldman SE, Alder ML, Burgess HJ, Corbett BA, Hundley R, Wofford D, et al. Characterizing sleep in adolescents and adults with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord.* (2017) 47:1682–95. doi: 10.1007/s10803-017-3089-1
5. Neumeyer AM, Anixt J, Chan J, Perrin JM, Murray D, Coury DL, et al. Identifying associations among co-occurring medical conditions in children with autism spectrum disorders. *Acad Pediatr.* (2018). Q13 doi: 10.1016/j.acap.2018.06.014
6. Penzol MJ, Salazar de Pablo G, Llorente C, Moreno C, Hernández P, Dorado ML and Parellada M (2019) Functional Gastrointestinal Disease in Autism Spectrum Disorder: A Retrospective Descriptive Study in a Clinical Sample. *Front. Psychiatry* 10:179. doi: 10.3389/fpsy.2019.00179 (In press)

S6

PROGRAMAS DE RESILIENCIA EN SALUD MENTAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

PONENTE: Arantza Fernández Rivas, Jefe de Sección de Psiquiatría infanto-juvenil Hospital Universitario Basurto. Bilbao

RESUMEN:

Resiliencia es la capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos. La resiliencia incluye 3 enfoques: Protección, Promoción y Recuperación de la Salud Mental.

Potenciar la resiliencia en el adolescente ayudará a optimizar su proceso madurativo y le proveerá de mayor fortaleza para afrontar las situaciones de adversidad o el sufrimiento emocional.

Desde la 1ª Conferencia Internacional en Promoción de la Salud (OMS, 1986) se destacó la necesidad de acciones para la Promoción de la Salud: políticas públicas saludables, entornos de soporte, acciones comunitarias, desarrollar habilidades personales y asumir los Servicios de Salud un papel de promoción de la Salud.

Presentamos varios abordajes de fortalecimiento de la resiliencia, unos dirigidos a la Promoción de la salud y otros a la Recuperación.

El abordaje dirigido a la Promoción de la Salud Mental se ha realizado en un contexto universal: el centro escolar. Consiste en un programa de curriculum socio-emocional para alumnado adolescente basado en Terapia Dialéctica Conductual. Proyecto llevado a cabo en Vizcaya con una población de más de 900 alumnos.

Los abordajes de Recuperación de la Salud Mental tienen como finalidad la reducción del daño además de incrementar el fortalecimiento del sujeto. Presentamos intervenciones llevadas a cabo en el contexto clínico. Desde el Hospital La Paz presentaremos una intervención grupal basada en Mindfulness junto con una guía de información. Y profesionales de la Fundación Solapán de Rieros presentarán su programa de educación emocional dirigido a menores con riesgo psicopatológico breve.

PONENCIA 1

PROGRAMA DE EDUCACIÓN EMOCIONAL EN NIÑOS CON RIESGO PSICOPATOLÓGICO LEVE

PONENTE: Isabel Cristina Gómez, Licenciada en Psicología. Master en Neuropsicología Clínica.

Titulada en Dinamización Comunitaria e Inserción laboral de personas con discapacidad. Terapeuta de Atención Temprana.

Atención psicológica a menores y adultos en Fundación Solapán de Rieros (Badajoz).

Docente de taller de inteligencia emocional para niños. Orientación educativa y familiar.

RESUMEN:

El objetivo de este programa es dotar a menores con riesgo psicopatológico leve de estrategias y habilidades para resistir a condiciones vitales adversas que pueden condicionar su salud mental y favorecer la aparición de psicopatología de mayor gravedad. Los menores que asisten al programa presentan sintomatología leve relacionada con problemas de conducta, dificultades emocionales o de sociabilidad. Las edades comprendidas van desde los 7 a los 17 años. Dada la alta probabilidad de que estos menores estén expuestos a eventos estresantes, debido a la peculiaridad de sus conductas y a la falta de integración; es necesario que se les proporcionen herramientas para el desarrollo de competencias personales de protección. Estas herramientas permiten mejorar habilidades socioemocionales, formando personas resilientes.

El programa se desarrolla en formato grupal con metodología fundamentalmente lúdica. Se entrenan estrategias de afrontamiento como respiración, relajación muscular, atención plena o pensamiento alternativo. Este taller grupal se complementa con otras intervenciones según las necesidades detectadas a lo largo del tratamiento. Así se coordinan actuaciones que impliquen a todo el sistema del menor de forma íntegra. A través del trabajo con las familias se refuerza un pilar básico para la resiliencia como son los vínculos familiares positivos.

Algunos resultados de este programa han sido:

- Aumento de los recursos personales de protección en los menores.
- Mejoría en la interacción entre los miembros familiares (mejora de la comunicación).
- Aumento en la utilización de estrategias de integración hacia el menor en todos los contextos.

PONENCIA 2**CURRICULUM SOCIO-EMOCIONAL BASADO EN TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL PARA FORTALECER LA RESILIENCIA DEL ALUMNADO ADOLESCENTE EN VIZCAYA.**

PONENTE: Arantza Fernández Rivas, Jefe de Sección de Psiquiatría infanto-juvenil. Hospital Universitario Basurto. (Bilbao).

- Doctora en Medicina y Cirugía por la Universidad del País Vasco.
- Médico psiquiatra, especialista en Psiquiatría de Niños y Adolescentes.
- Jefe de Sección de Psiquiatría infanto-juvenil en el Servicio de Psiquiatría del H Universitario Basurto (Bilbao).
- Tutora MIR, Vocal de la Comisión de Docencia H.U. Basurto
- Responsable del Programa de Terapia Dialéctica Conductual del Servicio de Psiquiatría del HU Basurto.
- Responsable del Curso de Experto en Intervenciones Psicoterapéuticas basadas en Terapia Dialéctica Conductual organizado por el Servicio de Psiquiatría del HU Basurto, la Facultad de Psicología y Educación de la Universidad de Deusto y la Fundación OMIE.
- Profesora asociada de Psiquiatría, Departamento de Neurociencias, Universidad del País Vasco
- Profesora del Master de Psicología General Sanitaria, Facultad de Psicología y Educación, Universidad de Deusto (Bilbao)
- Vocal del Consejo Asesor de Salud Mental de la CAPV

RESUMEN:

Presentamos un programa de Promoción de la Salud Mental en adolescentes mediante la implantación de una formación de Curriculum Socioemocional (CSE) basado en Terapia Dialéctica Conductual (TDC) en alumnado adolescente de centros públicos y concertados de Vizcaya.

El “Entrenamiento en Habilidades para la Resolución de Problemas Emocionales” es un CSE que se basa en el componente de entrenamiento en habilidades de la TDC.

La implantación de este CSE ha precisado de una doble formación. En un primer momento ha sido preciso formar al profesora-

PONENCIA 3**DOS INTERVENCIONES PREVENTIVAS DE SALUD MENTAL DENTRO DE UN HOSPITAL INFANTIL**

PONENTE: Arancha Ortiz Villalobos, Coordinadora de Psiquiatría y Psicología clínica de Infancia y Adolescencia Hospital Universitario La Paz (Madrid), Psiquiatra de Infancia y adolescencia en el Hospital Universitario La Paz. Coordinadora del equipo de Psiquiatría y Psicología Clínica de Infancia y Adolescencia.

Master en Psicoterapia Perspectiva Integradora Universidad Alcalá de Henares; Experto en Intervención Sistémica; Especialista Universitario en Terapia Cognitivo Conductual en la Infancia y la Adolescencia. Departamento de Psicología de la Persona- lidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. UNED

Docente en UCM, UNED, Agencia Laín Entralgo y Consejerías de Sanidad y Educación de la Comunidad de Madrid.

Participación en artículos y capítulos de libros relacionados con la Psiquiatría de Interconsulta y Enlace tanto en adultos como en Infancia y Adolescencia.

Miembro de diferentes comisiones y grupos de expertos tanto a nivel hospitalario como en la Oficina Regional de Salud Men- tal de Madrid.

RESUMEN:

La información al niño, padres y familiares sobre su enfermedad constituye un derecho y, a la vez, un reto, ya que puede ser un punto de encuentro o desencuentro con el niño y/o sus familiares. La información debe ser verídica, de acuerdo a la edad, desarrollo cognitivo y situación emocional.

No está muy lejos el tiempo en que el/la niño, no sólo no era informado, sino que con cierta frecuencia se le ocultaba su enferme- dad y consecuencias e, incluso, se le engañaba en relación a las pruebas, ingresos, medicaciones, etc. Esta práctica creó pacientes asustados, desconfiados, que se rebelaban y se defendían de múltiples formas, de aquellxs que les habían traicionado con el ocultamiento y el engaño, tanto fueran familiares como personal sanitario. Esas actitudes agravaban el dolor emocional del niño enfermo con consecuencias imprevisibles y potencialmente graves, cuando se trata de enfermedades crónicas en las que es necesaria la participación activa del niño/adolescente, para que integre su enfermedad y colabore con lo que ésta vaya precisando. La práctica clínica nos ha demostrado cuán valientes, sensatxs y colaboradores pueden ser lxs niños desde edades muy tempranas si se sienten conocedores de lo que les sucede y se les alienta y protege en el difícil trance de padecer una enfermedad crónica.

Otra intervención que favorece el afrontamiento de la enfermedad crónica se basa en Mindfulness para ayudar a niños a liberarse del estrés, aumentar la concentración y la confianza en sí mismxs, enfrentarse a las emociones difíciles, mejorar la comunicación, etc.

do en aspectos psicológicos del desarrollo adolescente y específicamente en este CSE, en lo referente a las habilidades que enseña. Esta formación teórica se completa con una formación práctica del profesorado para poder adquirir así ellos las estrategias que después ellos enseñarán al alumnado.

A continuación, en el segundo momento de la formación, se ha procedido a la enseñanza directa del profesorado al alumnado como asignatura obligatoria de frecuencia semanal, contando los docentes con supervisión directa por parte de los expertos de Salud Mental para una idónea formación de los adolescentes.

Presentamos los resultados obtenidos en la primera experiencia de la aplicación de esta enseñanza durante el curso escolar 2017-18, recogiendo los resultados de una submuestra de 866 alumnos de 2º Eso y Formación Profesional.

S7

GENÉTICA Y SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

PRESIDENTE: Celso Arango López, Psiquiatra, Jefe de Servicio de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. IiSGM. CIBERSAM. Universidad Complutense. Madrid

PONENCIA 1

SÍNDROMES GENÉTICOS EN SALUD MENTAL

PONENTE: Covadonga Martínez Díaz-Caneja, Psiquiatra adjunto. Servicio de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. IiSGM. CIBERSAM. Universidad Complutense. Madrid

David Fraguas Herráez, Celso Arango López

RESUMEN:

La variabilidad genética patogénica es un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales. El efecto acumulativo de varios alelos comunes de efecto pequeño o el efecto mayor de variantes patogénicas raras, en interacción con variables ambientales, incrementa la vulnerabilidad para la aparición de trastornos del neurodesarrollo y otros trastornos psiquiátricos. Algunas de estas variantes raras se asocian con el desarrollo de síndromes genéticos que cursan con alteraciones del neurodesarrollo, dificultades cognitivas y un riesgo incrementado de presentar psicopatología. Entre ellos, cabe destacar el síndrome de delección 22q11.2 (síndrome de Di George), el síndrome de Prader-Willi y el síndrome de Phelan-McDermid. Desde 2013, el Servicio de Psiquiatría del Niño y el Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón cuenta un programa específico que ofrece atención psiquiátrica y psicológica especializada a personas con síndromes genéticos asociados con trastornos del neurodesarrollo y alto riesgo de presentar problemas de salud mental. Este simposio pretende ofrecer una visión integral del diagnóstico, monitorización y tratamiento de este grupo de pacientes. Para ello, se revisarán las características y opciones terapéuticas disponibles para los síndromes genéticos que se asocian de forma más frecuente con problemas de salud mental (ponencia 1), se presentarán datos sobre la caracterización clínica y cognitiva y el tratamiento de los pacientes con síndrome de delección 22q11.2 atendidos en nuestro Programa (ponencia 2) y se presentarán las posibles opciones disponibles de diagnóstico genético y sus aplicaciones clínicas en trastornos del neurodesarrollo, con ejemplos específicos de la posible aplicación del exoma clínico en autismo (ponencia 3).

22

PONENCIA 2

ESTRÉS Y EPIGENÉTICA

PONENTE: Lourdes Fañanás Saura, Profesora titular Facultad de Biología y del Instituto de Biomedicina de la Universidad de Barcelona. CIBERSAM

PONENCIA 3

DIAGNÓSTICO GENÉTICO EN TRASTORNOS DEL
NEURODESARROLLO

PONENTE: Javier González Peñas, Investigador postdoctoral. Servicio de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. IiSGM. CIBERSAM. Universidad Complutense. Madrid

RESUMEN:

La variabilidad genética de susceptibilidad a trastornos mentales engloba variantes de dos fuentes diferentes: Por un lado, las variantes genéticas comunes en la población general, pero cuyos alelos de riesgo están sobrerrepresentados en sujetos con trastornos mentales, y, por otro lado, variantes raras, a muy baja frecuencia o ausentes completamente en población general, pero sí presentes en una fracción pequeña de los pacientes con estos trastornos. La razón principal de la existencia de estos dos tipos de variación genética es que la primera se transmite de generación en generación sin ser eliminada por selección natural debido al bajo efecto que cada variante, a título individual, ocasiona, mientras que, en el caso de las variantes raras, estas solo existen unas pocas generaciones en la población hasta que se eliminan por selección dado el efecto patogénico que presentan.

Los distintos trastornos psiquiátricos presentan una combinación de variantes raras y comunes en distinta proporción, siendo precisamente los trastornos de inicio más temprano y mayor afectación durante el neurodesarrollo los que presentan una mayor proporción de variantes raras de alto efecto entre las responsables del cuadro clínico observado. Por ejemplo, el autismo y la esquizofrenia, dos trastornos bien relacionados ilustra bien esta diferencia. Así como los estudios de secuenciación de autismo han detectado más de 90 genes de riesgo por acumulación de variantes raras patogénicas en miles de casos recogidos (Satterstrom et al., 2018), en esquizofrenia tan solo han detectado un gen implicado, SETD1A (Singh et al., 2016).

Actualmente, con el conocimiento presente acerca de la etiología genética de los trastornos mentales, el diagnóstico genético tiene sentido en aquellos trastornos de afectación grave, tales como autismo y discapacidad intelectual, donde existen variantes que, en mayor o menor medida, pueden ser causales o de riesgo mayor a título individual. Pero incluso en estos casos, existen, por un lado, formas más severas de afectación, donde ocurren síndromes genéticos que cursan ya no solo con sintomatología psiquiátrica como autismo o discapacidad intelectual, sino también con afectación neurológica, cardiovascular o muscular, entre otras; y otras donde no existe ningún cuadro clínico reconocible más allá de la afectación psiquiátrica.

En los casos sindrómicos, la consulta clínica y el conocimiento de estos síndromes puede conducirnos a una prueba genética dirigida a detectar alteraciones estructurales responsables del cuadro clínico observado como arrays CGH o de SNPs. Tales son el caso de síndromes como destacar el de delección 22q11.2 (síndrome de Di George), el síndrome de Prader-Willi o el síndrome de Phelan-McDermid, donde los pacientes presentan afectación psiquiátrica como parte de una clínica más compleja. Sin embargo, en la mayoría de los casos no existe una clínica reconocible y es precisamente allí donde técnicas genéticas como la secuenciación de última generación (NGS) nos permite hacer un barrido a resolución completa para identificar y analizar posibles variantes raras que pudieran estar detrás del trastorno.

Con la reducción de precios que ha experimentado desde su explosión hace casi 10 años, la secuenciación de última generación (NGS) se ha ido convirtiendo en una herramienta diagnóstica casi imprescindible. En esta ponencia se analizarán las posibilidades de la secuenciación en el diagnóstico de trastornos del neurodesarrollo con ejemplos, sus requisitos a nivel técnico y personal cualificado, y las limitaciones que presenta. Hasta qué punto podemos mejorar los resultados del diagnóstico genético y hasta qué punto es complicado asignar causalidad a una variante no conocida son dos puntos clave que se discutirán en esta ponencia. Igualmente, la secuenciación masiva proporciona una cantidad de información tal que genera dilemas éticos que no presentaban las técnicas clásicas de diagnóstico genético dirigidas.

S8

RETOS Y OPORTUNIDADES EN LA FORMACIÓN EN PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE: DEL RESIDENTE AL ADJUNTO

PRESIDENTE: Dolores M^a Moreno Pardillo, Adolescentes del Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid). Presidenta de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente.

RESUMEN:

La formación en psiquiatría y psicología del niño y del adolescente en España está actualmente ligada al programa de Psiquiatría de la Formación Sanitaria Especializada en común con adultos; con las dificultades y retos que ello conlleva: tutores mayoritariamente de psiquiatría de adultos, tiempo de rotación escaso en dispositivos de salud mental infanto-juvenil... Como consecuencia, la formación de los profesionales sanitarios interesados en la salud mental de niños y adolescentes depende muchas veces de la iniciativa y motivación personales, y de actividades complementarias al programa reglado. La Asociación de Científicos en Salud Mental del Niño y del Adolescente - Fundación Alicia Koplowitz organiza esta mesa con el objetivo de poner en relevancia estos retos dando voz a los agentes implicados en cada etapa del proceso formativo, y crear un espacio de reflexión donde proponer oportunidades de mejora en base a la experiencia de profesionales que han complementado su formación en diferentes ámbitos y centros. La perspectiva de un residente, de un clínico formado en el extranjero y un investigador formado en centros de alta relevancia científica convergen en su punto de partida común: el programa de residencia de psiquiatría en España. Los ponentes expondrán problemas y sugerirán soluciones para optimizar la formación clínica y de investigación en el ámbito de la psiquiatría infanto-juvenil, con propuestas de mejora para el futuro. Asimismo, compartirán su experiencia personal a lo largo de su trayectoria profesional; y complementar así la visión holística que exige cualquier plan de formación.

PONENCIA 1

FORMACIÓN EN PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE DURANTE LA RESIDENCIA: RETOS Y OPORTUNIDADES

PONENTE: Teresa Gómez Alemany, Residente de 4º año de psiquiatría. Complejo Asistencial en Salud Mental Benito Meni (Sant Boi de Llobregat). Ex-representante de Infanto-Juvenil en la European Federation of Psychiatry Trainees y ex-vocal de psiquiatría del niño y del adolescente de la Sociedad Española de Residentes de Psiquiatría.

PONENCIA 2

FORMACIÓN CLÍNICA EN PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE POST-RESIDENCIA: EMIGRAR Y REGRESAR.

PONENTE: Itziar Baltasar Tello, Psiquiatra. Unidad de Hospitalización de Psiquiatría de Adolescentes del Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid). Beneficiaria de la Beca de Formación Avanzada de la Fundación Alicia Koplowitz, University of Pittsburgh Medical Center (Pittsburgh, Estados Unidos).

24

PONENCIA 3

FORMACIÓN EN INVESTIGACIÓN EN PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE: ENTRE BASTIDORES.

PONENTE: Ana Pérez Vigil, Psiquiatra. Beca de Retorno Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil, Hospital Clínic de Barcelona (Barcelona). Beneficiaria de la Beca de Formación Avanzada de la Fundación Alicia Koplowitz, Department of Clinical Neuroscience, Karolinska Institutet, (Estocolmo, Suecia).

S9

RETOS Y OPORTUNIDADES EN LA FORMACIÓN EN PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE: DEL RESIDENTE AL ADJUNTO

PRESIDENTE: Julio Bobes García, Psiquiatra. Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Oviedo. Jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Central de Asturias. CIBERSAM. ISPA. INEUROPA

RESUMEN:

Las conductas suicidas son un problema clínico de gran magnitud en el ámbito de la psiquiatría infanto-juvenil, tanto por el riesgo de mortalidad, como por las circunstancias psicosociales que las rodean. En cifras absolutas, en 2016, 70 jóvenes entre 10-19 años fallecieron por causa de suicidio; 271 adolescentes entre los años 2013-2016. Conocer las circunstancias que rodean las conductas suicidas en población infanto-juvenil es una prioridad, no sólo para la prevención sino para un mejor manejo de aquellos pacientes que ya hayan llevado a cabo intentos de suicidio. Si bien las enfermedades mentales constituyen el principal factor de riesgo de suicidio, cada vez son más los adolescentes y adultos jóvenes que, en ausencia de una enfermedad mental, realizan tentativas autolíticas en el contexto de estresores ambientales a los que no saben enfrentarse con las estrategias adaptativas apropiadas. Este simposio pretende profundizar en el tema, desde la etiopatogenia de las conductas suicidas a los programas de intervención en este rango de edad. Para ello, se revisará el impacto de los acontecimientos traumáticos en la infancia desde una perspectiva bio-psico-social, relacionándolos con aspectos genéticos y neurobiológicos (ponencia 1), se presentará el programa de intervención en tentativas autolíticas, basado en terapia cognitivo-conductual, desarrollado por el Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí en el marco del Código Riesgo Suicidio de la Generalitat de Catalunya (ponencia 2) así como los resultados del proyecto de intervención europeo SEYLE, para reducir el suicidio entre adolescentes a través de la psicoeducación en el ámbito escolar dirigida a educadores, alumnos y familiares (ponencia 3).

PONENCIA 1

INFLUENCIA DE LOS ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS EN LA INFANCIA EN LAS CONDUCTAS SUICIDAS

PONENTE: Luis Jiménez Treviño, Psiquiatra. Servicio de Salud del Principado de Asturias (Area IV). Área de Psiquiatría de la Universidad de Oviedo. CIBERSAM. ISPA. INEUROPA.

PONENCIA 2

TENTATIVAS AUTOLÍTICAS EN ADOLESCENTES Y JÓVENES: ¿ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA O FENÓMENO SOCIAL?

PONENTE: Joaquim Puntí Vidal, Psicólogo Clínico. Coordinador Hospital de Día de Adolescentes y Responsable de Tratamiento Psicológico Infantil y Juvenil. Hospital Universitario Parc Taulí

RESUMEN:

El suicidio se encuentra entre las principales causas de muerte en adolescentes y en adultos jóvenes. Las tentativas autolíticas son el principal factor de riesgo del suicidio consumado. La depresión es la enfermedad mental con mayor riesgo de suicidio también en población adolescente. Sin embargo, siendo cierto lo anterior, cada vez atendemos a más adolescentes y adultos jóvenes que en ausencia de una enfermedad mental realizan tentativas autolíticas en el contexto de estresores ambientales a los que no saben enfrentarse con las estrategias adaptativas apropiadas. En este contexto, más allá de las guías clínicas y protocolos al uso, corresponde a los clínicos empoderar a los adolescentes y enseñarles habilidades de solución de problemas y gestión del estrés que les permitan enfrentar de manera apropiada las contrariedades que la vida les va a presentar. Ésta es una intervención eficaz y recomendada por la OMS para evitar el suicidio. En la ponencia se presentará el programa de intervención en tentativas autolíticas, basado en terapia cognitivo-conductual, desarrollado por el Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí en el marco del Código Riesgo Suicidio de la Generalitat de Catalunya, para adolescentes de entre 12 y 18 años que han realizado una tentativa autolítica. Se ofrecerán datos descriptivos, los elementos que incluye el programa y los resultados obtenidos, tras 10 años de aplicación del mismo.

PONENCIA 3

UTILIDAD DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN ORIENTADOS AL ÁMBITO ESCOLAR. LA EXPERIENCIA SEYLE .

PONENTE: Pilar Saiz Martínez, Psiquiatra. Profesora Titular del Área de Psiquiatría de la Universidad de Oviedo. Servicio de Salud del Principado de Asturias (Area IV). CIBERSAM. ISPA. INEUROPA

S10 ESTRÉS Y ENFERMEDAD MENTAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

MODERADORA: Dra. Montse Pàmias, Psiquiatra. Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Oviedo. Jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Central de Asturias. CIBERSAM. ISPA. INEUROPA

RESUMEN:

El estrés en etapas tempranas (perinatal, en la infancia y adolescencia) se ha relacionado con la etiopatogenia de diferentes trastornos mentales y aspectos pronósticos entre los que destacan las habilidades cognitivas. En esta mesa abordaremos aspectos generales relacionados con la respuesta fisiológica al estrés y su relación con el neurodesarrollo y presentaremos resultados de investigación realizada en patologías muy importantes en la infancia y adolescencia: el TDAH y psicosis en fases tempranas.

PONENCIA 1

ESTRÉS PRECOZ Y EJE HIPOTÁLAMO-PITUITARIO-ADRENAL: IMPLICACIONES EN PSICOPATOLOGÍA Y COGNICIÓN

PONENTE: Dr. Xavier Labad, Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell

RESUMEN:

El eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA), también conocido como el sistema hormonal de respuesta al estrés, se ha implicado en la patogenia y pronóstico de diferentes enfermedades mentales. El exceso de glucocorticoides se ha relacionado con el riesgo de presentar alteraciones cognitivas en poblaciones no clínicas y clínicas, posiblemente por un paper neurotóxico a nivel cerebral en regiones clave como el hipocampo. Esta región cerebral participa en procesos de memoria y también juega un papel en la regulación del eje HPA mediante un feedback negativo en el que participan receptores glucocorticoides y mineralocorticoides. El estrés precoz, incluyendo tanto el estrés prenatal como el estrés en la infancia (p.ej: maltrato infantil), juegan un papel moderador de la respuesta del eje HPA. Cada vez es más conocido que las situaciones estresantes que afectan al feto durante el embarazo ejercen un papel negativo en el futuro desarrollo de la respuesta hormonal al estrés, lo que se ha definido como programación glucocorticoidea, y que conllevaría un riesgo aumentado de presentar alteraciones psicopatológicas años después (etapa infanto-juvenil y adulta). La presente ponencia se centrará en una revisión del papel del eje HPA en el riesgo de psicopatología y alteraciones cognitivas con un enfoque dirigido a aspectos claves del neurodesarrollo durante diferentes etapas del ciclo vital, señalando algunas especificidades de la infancia y adolescencia.

PONENCIA 2**ESTRÉS Y TRASTORNO DEL NEURODESARROLLO: TDAH****PONENTE:** Dra. Marta Llorens, Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell**Introducción:**

La influencia del cortisol y la prolactina sobre los procesos cognitivos se ha descrito en población clínica con distintos trastornos mentales (Corominas et al, 2012). En el caso Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), esta alteración de las funciones cognitivas, constituye un síntoma nuclear del trastorno. Estudios recientes han relacionado distintos patrones de cortisol con distintas presentaciones del TDAH y sus comorbilidades (Wingenfeld et al, 2015). Sin embargo, hasta la fecha no se ha estudiado de forma directa la correlación entre las hormonas del estrés (cortisol y prolactina) y las funciones cognitivas en el TDAH.

Objetivo:

Profundizar en el impacto de las alteraciones del eje HPA y los niveles de prolactina en el rendimiento cognitivo de adolescentes con TDAH, así como la posible modulación de esta relación por el vínculo u otros factores.

Métodos:

Se presentará el estudio realizado a adolescentes diagnosticados de TDAH en la Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell (Barcelona). La determinación de cortisol y prolactina se realizó a partir de una extracción sanguínea en ayunas. Las variables cognitivas se evaluaron mediante una batería neuropsicológica completa de 8 subtests, utilizando el sistema de evaluación digital de Cambridge Cognition (CANTAB). Se evaluaron varias funciones cognitivas: atención inmediata y sostenida, memoria de trabajo, memoria verbal y curva de aprendizaje, velocidad de procesamiento y de respuesta, organización y planificación e inhibición de respuesta. Se realizó un análisis estratificado por sexo, y se exploraron las variables continuas mediante correlación de Pearson.

Resultados:

Se explicarán los datos preliminares del estudio. Para la discusión, se compararán con los datos de estudios previos.

PONENCIA 3**ESTRÉS Y PSICOSIS EN FASES TEMPRANAS****PONENTE:** Dra. Imma Baeza, Hospital Clínic de Barcelona**Introducción:**

Según el modelo de vulnerabilidad estrés (Nuechterlein y Dawson, 1984), la exposición al estrés puede actuar como desencadenante de un episodio psicótico (EP). El eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HHA) es la principal estructura que produce respuestas adaptativas al estrés. El estrés crónico y repetitivo puede producir una hiperreactividad del eje (Corcoran et al, 2003). Tanto pacientes adultos con un primer EP (Borges et al, 2013) como aquellos con riesgo de psicosis pueden presentar dicha hiperreactividad, con elevados niveles de cortisol (Walker et al, 2013) así como una supresión de los niveles de cortisol al despertar (Day et al, 2014).

Objetivo:

Explicar las diferencias de los niveles de cortisol matutinos en saliva y plasma en una muestra de niños y adolescentes con síndrome de riesgo de psicosis (SRP) comparados con una muestra de controles sanos. Asimismo explicar las mismas diferencias entre un grupo de pacientes diagnosticados de psicosis no afectiva de inicio precoz vs. controles.

Métodos:

El estudio de sujetos SRP (criterios de Miller et al, 2001 modificados) forma parte de un estudio longitudinal multicéntrico (H.Clínic y H.Sant Joan de Déu de Barcelona). El estudio de psicosis precoz se realizó en el H.Clínic. Para ambos estudios se realizan pruebas de niveles de cortisol en saliva (a las 8,30 y 9h de la mañana), así como niveles de cortisol en plasma el mismo día entre las 8.30 h y las 9h de la mañana a los pacientes y controles apareados por edad y sexo.

Resultados:

Se explicarán los datos preliminares de ambos estudios. Para la discusión, se compararán con los datos de estudios previos realizados en adultos jóvenes.

S11 ABUSO SEXUAL Y SALUD MENTAL: ESTUDIO LONGITUDINAL PROSPECTIVO DE UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES.

PONENTE: Fátima Valencia-Agudo. Psicóloga Clínica, HGU Gregorio Marañón. Madrid.

PONENCIA 1

CORRELATOS Y PREDICTORES DE AUTOLESIONES EN ADOLESCENTES TRAS UNA AGRESIÓN SEXUAL

PONENTE: Fátima Valencia-Agudo. Psicóloga Clínica, HGU Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción.

La agresión sexual en la adolescencia se ha asociado con una serie de efectos adversos en la salud mental, incluyendo autolesiones. Los estudios acerca de correlatos y predictores de autolesiones tras sufrir una agresión sexual son escasos. La investigación previa ha mostrado que existe una asociación entre las autolesiones, los síntomas psicológicos y el trauma infantil. En esta ponencia se analizan los factores asociados a la autolesión en el contexto de un trauma sexual reciente, tanto vulnerabilidades previas como factores psicológicos post-agresión.

Método.

La muestra (n = 98, 100% mujeres) se reclutó de entre los adolescentes que solicitaron consulta en los Havens, centros multiagencia para la atención a víctimas de violencia sexual en el Reino Unido (tasa de reclutamiento 29%). Este estudio incluyó evaluaciones en T0 (de media 3.9 semanas tras la agresión sexual) y en T1 (de media 21.8 semanas tras la misma). Se recogieron datos de la agresión sexual, de variables sociales, clínicas y de las autolesiones mediante una entrevista semi-estructurada. Se utilizaron cuestionarios validados para valorar síntomas depresivos y postraumáticos. Se llevaron a cabo análisis bivariados y regresión jerárquica logística binaria, controlando por la presencia de autolesiones durante los 12 meses previos a la agresión sexual y por el número de asaltantes.

Resultados.

Se presentan resultados para las 98 participantes con información de autolesiones en T0 y T1 [media de edad en el momento de la agresión (DT) 16.6 (1.1.)]. La tasa de autolesiones fue 38.1% antes de la agresión y 37.8% en T1. En el modelo no ajustado, historia previa de registro de protección a la infancia (OR = 3.60; 95% CI, 1.30, 10.01; $p < 0.05$), síntomas depresivos en T0 (OR = 5.83; 95% CI, 2.35, 14.43; $p < .01$), en T1 (OR = 2.79; 95% CI, 1.20, 6.50; $p < .05$) y síntomas de estrés posttraumático en T1 (OR = 3.21; 95% CI, 1.36, 7.58; $p < .01$) predicen autolesiones en T1. En el modelo ajustado (introduciendo autolesiones previas a la agresión sexual y número de asaltantes en el primer paso), las asociaciones se vieron atenuadas excepto en el caso de síntomas depresivos en T0 (OR = 4.21; 95% CI, 1.57, 11.28; $p < .01$).

Discusión.

Los adolescentes que han sufrido una agresión sexual y que tienen historia de disfunción familiar y de autolesiones, así como síntomas depresivos tras el evento traumático, podrían presentar mayor riesgo de autolesiones. Síntomas de estrés posttraumático en las semanas posteriores no implican dicho riesgo. Estudios futuros deberían replicar estos resultados con una muestra mayor y considerando diferentes trayectorias de autolesiones (inicio, continuación).

PONENCIA 2

TEPT COMPLEJO Y DISREGULACIÓN EMOCIONAL EN ADOLESCENTES TRAS UNA AGRESIÓN SEXUAL.

PONENTE: Laia Villalta Maciá, Psiquiatra del niño y del adolescente, Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona

RESUMEN:

La agresión sexual es una experiencia traumática grave, particularmente prevalente en la etapa adolescente. Las reacciones traumáticas pueden ser muy amplias y variar a lo largo del tiempo. La mayoría de investigaciones en este campo son retrospectivas, en adultos y largo tiempo después de que ocurra el evento traumático. Existen pocos datos longitudinales sobre las consecuencias a corto y medio plazo de la agresión sexual en jóvenes, y se centran solamente en los trastornos más frecuentes. Este estudio sigue prospectivamente una cohorte de adolescentes que acuden a las clínicas londinenses que atienden a víctimas de agresión sexual. A los 4 meses del trauma, un 48% presentaba TEPT (Tr. por Estrés Post-Traumático), un 45% Tr. Depresivos, un 68% Tr. de Ansiedad, un 24% Tr. de Conducta, Un 7% Tr. Obsesivo Compulsivo, un 4% Tr. Conducta Alimentaria. Hasta un

80% de las víctimas presentaba algún tipo de trastorno psiquiátrico, y más de la mitad varios trastornos comórbidos. Actualmente se debate la existencia del TEPT Complejo, caracterizado por dificultades en la autorregulación (disregulación emocional, cogniciones negativas, problemas interpersonales) añadidos al TEPT. Se suele producir en personas que han vivido eventos traumáticos de forma repetida, habitualmente relacionados con la victimización interpersonal (ej. trauma sexual). Hay muchos factores que condicionan la re-victimización sexual, siendo la presencia de síntomas de disregulación emocional uno de los principales.

Nuestro estudio determina que hasta un 88% de los adolescentes presentan síntomas de disregulación emocional tras un trauma sexual, siendo la prevalencia de TEPT complejo de hasta un 40%. La disregulación emocional predice de forma independiente el mal funcionamiento de estos adolescentes y las experiencias de revictimización en los 4 meses después de sufrir una agresión sexual.

Los síntomas de TEPT Complejo, y en particular de disregulación emocional, son relevantes a nivel clínico. Deben ser valorados por los profesionales que atienden a víctimas de agresión sexual y se deben tener en cuenta en los planes de tratamiento y en las estrategias preventivas de revictimización.

PONENCIA 3

SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN ADOLESCENTES TRAS UNA AGRESIÓN SEXUAL.

PONENTE: Marta Casanovas. Psiquiatra del niño y del adolescente. CSMIJ Sarrià. Centro de Higiene Mental Les Corts. Barcelona

Introducción

Estudios en adultos sugieren que existe una asociación entre la experiencia de agresiones sexuales en la infancia y psicopatología en la edad adulta. La mayoría de los estudios son retrospectivos. Existe una escasez de estudios longitudinales prospectivos de adolescentes víctimas de abuso sexual.

Objetivo

Estudiar la emergencia de síntomas somáticos y sus comorbilidades psiquiátricas tras un abuso sexual.

Método

Estudio longitudinal prospectivo de una muestra de adolescentes que buscan ayuda médica/psicológica/forense en una clínica especializada en Londres en las primeras 6 semanas tras sufrir un abuso sexual (baseline) y se realiza seguimiento a los 5 meses. Los síntomas y trastornos psiquiátricos se recogieron utilizando escalas validadas. La información referente a las características del abuso sexual se recogió utilizando informes clínicos y forenses de las víctimas.

Resultados

N=94 chicas (edad media 15.6, sd 1.3). Existe un aumento significativo (McNemar's Exact Test, $p=0.03$) en el número de adolescentes con síntomas somáticos a los 5 meses tras el abuso sexual (65/94), en comparación con el porcentaje previo al abuso (52/94, 55%). La exposición a un abuso sexual violento predice la emergencia de nuevos síntomas somáticos a los 5 meses (OR=12.1, CI 95% 1.3, 109.6; $p=0.026$). Existe una asociación significativa entre los síntomas somáticos y síntomas emocionales (ansiedad, síntomas de estrés posttraumático y depresión), así como trastornos psiquiátricos, principalmente trastornos de ansiedad ($p<0.01$) y trastornos depresivos ($p<0.01$) y un mayor impacto en el funcionamiento global ($p<0.01$).

Conclusiones

La experiencia de un abuso sexual y en concreto de un abuso sexual con violencia en la adolescencia, puede precipitar la aparición de síntomas somáticos que pueden ser considerados como marcadores de psicopatología y deterioro funcional.

S12

CUESTIONES SIN RESOLVER EN LA ASOCIACIÓN ENTRE EL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD, EL SUEÑO Y LA ALIMENTACIÓN.

PONENCIA 1

DIETA DURANTE EL EMBARAZO Y TRAYECTORIAS DE LOS NIÑOS EN HIPERACTIVIDAD, INATENCIÓN Y PROBLEMAS DE CONDUCTA EN EL PERIODO DE 3 A 8 AÑOS. RESULTADOS DEL ESTUDIO DE COHORTES MADRE-HIJO EDEN.

PONENTE: Dr Cedric Galera.

Introducción.

Aunque la exposición a la dieta durante la gestación y la vida postnatal temprana es crítica, los datos epidemiológicos humanos son limitados en cuanto a su relación con los problemas externalizados posteriores en los niños. El objetivo de este estudio fue investigar el papel de la dieta materna durante el embarazo en los síntomas de hiperactividad de la descendencia y los problemas de conducta de 3 a 8 años.

Métodos:

Se utilizaron datos de 1,242 pares de niños/madres de una cohorte francesa seguidos desde el embarazo hasta los 8 años de edad de los niños. Los patrones dietéticos (PD) de la madre durante el embarazo se evaluaron con cuestionarios de frecuencia alimentaria. El comportamiento externalizado de los niños se evaluó con el Strength and Difficulties Questionnaire a las edades de 3, 5 y 8 años, del cual se derivaron trayectorias de hiperactividad-inatención y de problemas de conducta.

Resultados:

relaciones significativas entre la dieta materna 'baja y saludable' (Odds Ratio ajustado (aOR) = 1.61; IC 95%: 1.09-2.37) y 'dieta occidental alta' (aOR = 1.67; IC 95%: 1.13-2.47) durante el embarazo y las trayectorias altas de síntomas de hiperactividad-inatención en los niños. Las asociaciones tuvieron en cuenta factores de confusión como el PD de los niños de 2 años, el estrés y la depresión materna, la diabetes gestacional y las variables socioeconómicas.

Conclusiones:

La dieta materna durante el embarazo se asoció independientemente con la hiperactividad-inatención pero no con problemas de conducta. La prevención temprana debería centrarse específicamente en la dieta de las mujeres embarazadas.

PONENCIA 2

RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS DEL SUEÑO Y DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

PONENTE: Azucena Díez Suárez.

RESUMEN.

Los pacientes, tanto niños y adolescentes como adultos, con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), presentan con mayor frecuencia trastornos del sueño, y trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Además, puede existir una asociación entre ambos tipos de dificultades.

25-50% de niños y adolescentes con TDAH presentan problemas de sueño (retardo en la fase de inicio del sueño, alteraciones respiratorias y piernas inquietas). En un estudio realizado en la Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente de la Clínica Universidad de Navarra (N= 147 niños y adolescentes con TDAH), mediante la escala SDSC (Sleep Disturbance Scale for Children), 67% de ellos presentaban puntuación superior a 39 en la SDSC. Se halló una correlación significativa entre las escalas AD-HD-RS y SDSC ($r=0,365$; $p<0,001$). Los factores que predicen padecer trastornos del sueño son: mayor puntuación ADHD-RS y comorbilidad con Trastornos de ansiedad.

El riesgo de padecer TCA en pacientes con TDAH, principalmente mujeres, es aproximadamente 4 veces más, en especial bulimia nerviosa y trastornos por atracones. En una revisión retrospectiva de todas las mujeres adolescentes entre 12 y 17 años diagnosticadas de TDAH, se encontró que 98 (49.5%) presentaban al menos un síntoma de TCA, siendo "preocupación por la figura" e "hiperfagia ansiosa" los más frecuentes. En esta muestra, 0,5% pacientes recibieron un diagnóstico de bulimia y 0,5% de trastorno por atracones.

PONENCIA 3

ESCASA ADHESIÓN A LA DIETA MEDITERRÁNEA, Y SU POSIBLE INFLUENCIA EN EL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD: ¿CAUSA O EFECTO?

PONENTE: Dr José Angel Alda.

RESUMEN.

Aunque el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se ha relacionado en algunas ocasiones con ciertas deficiencias nutricionales y dietas “poco saludables”, hasta la fecha no existían estudios que examinasen la relación entre la dieta mediterránea y el TDAH. Se planteó la hipótesis de que una baja adherencia a una dieta mediterránea se asociaría positivamente con un aumento en el diagnóstico del TDAH. Presentamos los resultados de un estudio de casos y controles realizado en nuestro medio donde se incluyen un total de 120 niños y adolescentes (60 con un diagnóstico reciente de TDAH y 60 controles sanos) pareados por sexo y edad.

Se midió la energía, la ingesta dietética, la adherencia a una dieta mediterránea y los antecedentes familiares. Se utilizó la regresión logística para determinar las asociaciones entre la adherencia a una dieta mediterránea y el TDAH.

Obtuvimos que una menor adherencia a una dieta mediterránea se asoció con el diagnóstico de TDAH (odds ratio: 7,07; intervalo de confianza del 95%: 2,65-18,84; riesgo relativo: 2,80; intervalo de confianza del 95%: 1,54-5,25). Ambos se mantuvieron significativos después de ajustar por posibles factores de confusión.

Una menor frecuencia de consumo de frutas, verduras, pasta y arroz y mayor frecuencia de no desayunar y comer en restaurantes de comida rápida se asociaron con el diagnóstico de TDAH ($P < 0,05$). El alto consumo de azúcar, caramelos, bebidas de cola y refrescos sin cola ($P < 0,01$) y el bajo consumo de pescado graso ($P < 0,05$) también se asociaron con una mayor prevalencia del diagnóstico de TDAH.

S13

PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENCIA: PROGRAMA ÍCARO-ALCOHOL

PRESIDENTE: Carlos Imaz Roncero, LE Psiquiatría. ESM Infanto-Juvenil de Hospital Universitario Río Hortega. Profesor asociado de Psiquiatría. Facultad Medicina. Valladolid

RESUMEN:

Se presenta el desarrollo y los resultados relativos al pilotaje del Programa Icaro-alcohol (Junta de Castilla y León), cuyo objetivo persigue la detección, intervención y derivación de menores de 18 años, atendidos en Urgencias/Emergencias por consumos de alcohol, a los programas preventivos de los Servicios de Referencia de Prevención (SRP).

El consumo de alcohol en la adolescencia es un importante problema de salud pública. Según los datos de la Estudes 2016-17, la prevalencia de dicho consumo se sitúa en el 75,6 % en el último año, siendo la edad media de inicio los 14 años, y la frecuencia de borracheras en los últimos 30 días del 21,8%. La CCAA de Castilla y León supera en casi 5 puntos porcentuales este último dato.

La atención sanitaria actual interviene la intoxicación y posteriormente las consecuencias del consumo crónico. El Ícaro-Alcohol incorpora además una intervención preventiva en los primeros contactos sanitarios, mediante la formación y el fortalecimiento de las competencias de los profesionales sanitarios implicados en el manejo del caso (Intervención Motivacional Breve), la atención a aspectos psicosociales del consumo abusivo en menores y el establecimiento de canales de coordinación con los recursos de prevención de la red de drogas.

En el desarrollo de dicho pilotaje han participado los Hospitales Universitarios Río Hortega (HURH) y Clínico (HCUV) y Unidades Medicalizadas de Emergencias (UME) de Valladolid capital. En la actualidad el programa está en proceso de implantación en el resto de la Comunidad autónoma de Castilla y León.

PONENCIA 1

LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN MENORES: APROXIMACIÓN DESDE LA EVIDENCIA

PONENTE: Susana Redondo Martín, Jefe de Servicio del Comisionado para la Droga. Castilla y León. Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Profesora asociada de Universidad de Valladolid

RESUMEN:

La prevención pretende evitar el inicio temprano del consumo (especialmente <15 años) y los de mayor riesgo, fortaleciendo factores de protección y disminuyendo los de riesgo. Las intervenciones efectivas se basan en la **prevención ambiental** que interviene sobre factores del entorno que dificultan el acceso y favorecen conductas saludables (legislación/regulación: horarios de venta, número de locales, edad para la venta/dispensación, oferta de ocio...) y la enfocada a las personas, mediante programas estructurados con un mínimo de sesiones en función del riesgo: **programas universales** (toda la población), **selectivos** (individuos/grupos con factores de riesgo, incluyendo algunos trastornos mentales) e **indicados** que trabajan con personas con consumos problemáticos de drogas, sin cumplir criterios de dependencia (CIE-10).

Las actuaciones más efectivas son las ambientales que inciden sobre aspectos normativos, seguidas de los programas parentales/familiares que potencian habilidades educativas (comunicación, normas y límites, supervisión, negociación y posicionamiento) y por programas de entrenamiento en habilidades con adolescentes, medio educativo. Estos programas mejoran sus resultados si se combinan entre ellos y cuentan con otras intervenciones comunitarias que trabajen el entorno favoreciendo opciones saludables de ocio. También se han identificado como efectivas las actuaciones de cribado e intervención breve desde los servicios sanitarios, mediante una intervención oportunista siendo un lugar clave las urgencias. El programa Ícaro-Alcohol pretende unir las intervenciones de detección e intervención motivacional breve en urgencias (incluyendo psiquiatría) con las actuaciones y programas de prevención, reforzando así los efectos de las mismas. El pilotaje identificó puntos críticos para el protocolo definitivo.

PONENCIA 2

INTERVENCIÓN PREVENTIVA DEL ALCOHOL EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS: OPORTUNIDADES Y ÁREAS DE MEJORA

PONENTE: Beatriz Martín Pérez, Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Río Hortega

RESUMEN:

Los servicios de urgencias son escenarios propicios para la captación de adolescentes con consumo abusivo de alcohol y otras drogas. Sin embargo, la propia naturaleza del servicio conlleva una serie de dificultades en la implantación de un programa de captación y derivación a servicios de prevención de estos pacientes. Los servicios de urgencias son puntos de atención donde la presión asistencial y el factor tiempo son una realidad y un inconveniente, a la hora de enfrentarse a una patología como es la intoxicación etílica, generalmente banal en su repercusión fisiopatológica aguda. El cambio en la apreciación del urgenciólogo de la necesidad de enfrentarse a estos pacientes más allá de lo físico, abordando el aspecto social y psicológico de la intoxicación etílica en adolescentes y accediendo a ellos de manera empática, horizontal e integral, requiere de un cambio de pensamiento y aptitud en la plantilla de médicos, residentes y enfermería de urgencias, que ha precisado una enseñanza y entrenamientos previos.

Por otro lado, tanto el propio paciente como sus padres o tutores son los primeros en negarse a aceptar el problema subyacente y la ayuda que se les ofrece desde los servicios de prevención.

A su vez, se suma una dificultad administrativa en nuestra comunidad autónoma como es que los servicios de prevención estén a cargo de la Consejería de Familia y no de Sanidad, lo cual ha obligado primero a un entendimiento entre ambas y mayores problemas burocráticos a la hora de derivación de los pacientes.

PONENCIA 3**LA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL BREVE DESDE LOS SERVICIOS DE REFERENCIA DE PREVENCIÓN Y LA FORMACIÓN**

PONENTE: Ana I. Macías Rodríguez, Directora Técnica de Programas de Prevención y Tratamiento. Fundación Aldaba-Proyecto Hombre Valladolid

RESUMEN:

La **intervención motivacional breve** (IMB), Miller y Rollnick 1991, es una de las metodologías más efectivas para ayudar a pacientes a iniciar procesos de recuperación de estilos de vida saludables. La IMB ayuda a estos pacientes a explorar, resolver y superar sus ambivalencias y/o resistencias al cambio. El Programa Ícaro –Alcohol incorpora este enfoque tanto en los dispositivos de urgencias o emergencias como en los servicios de referencia de prevención (SRP). Por este, este motivo, el primer paso ha consistido en la capacitación específica de los y las profesionales implicados.

Los sanitarios de los servicios de urgencias o emergencias ligados al programa, detectan los casos de menores ingresados por consumos abusivos de alcohol, e intervienen incorporando estrategias motivacionales para trabajar el incremento de la percepción de riesgo y conseguir la derivación al SRP.

Logrado el consentimiento de derivación, los profesionales, contactan con las familias (plazo de 72 horas) para conseguir cita y una valorar el nivel de riesgo de la familia. Se considera fundamental la aplicación de la entrevista motivacional para iniciar tratamiento y vincular a las familias en los programas. En función del riesgo, las familias serán derivadas a los programas de prevención familiar, universal, selectiva o indicada del Comisionado Regional para la Droga en coordinación con la Red de Planes Locales. En caso de que se percibiese sintomatología psiquiátrica, se derivará a Psiquiatría infanto-juvenil. El objetivo último del Programa es prevenir futuras situaciones de consumo problemático en menores y fortalecer las competencias parentales en los y las progenitores

S14**CLINICA DE LA PRIMERA INFANCIA. UN RETO INTERDISCIPLINAR**

PRESIDENTE: Beatriz Sanz Herrero, Psicólogo Clínico Adjunto
Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica del niño y adolescente del Hospital Univ Niño Jesús de Madrid

PONENCIA 1**IMPORTANCIA DE LA PSICOPATOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO PRECOZ EN LA PRIMERA INFANCIA**

PONENTE: Beatriz Sanz Herrero, Psicólogo Clínico Adjunto
Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica del niño y adolescente del Hospital Univ Niño Jesús de Madrid

PONENCIA 2**PSICOPATOLOGÍA Y CLÍNICA DEL BEBÉ Y EL NIÑO PEQUEÑO: EL DIAGNÓSTICO Y LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA COMO BASE DE LA PREVENCIÓN.**

PONENTE: Dr Roque Prego Dorca, Psiquiatra Unidad Salud Mental del Niño y del Adolescente. Servicio Psiquiatría Hospital Universitario Marqués de Valdecilla Santander. Servicio Cántabro de Salud

RESUMEN:

La experiencia del trabajo clínico en las Unidades de Salud Mental del Niño y del Adolescente nos ha mostrado, con frecuencia, como las dificultades de los niños debutan en los primeros años y cómo llegan esas dificultades después de varios años de evolución y muy fijadas en el funcionamiento mental de los chicos y en sus familias. Nos ha mostrado así mismo las dificultades de acceso a toda la psicopatología temprana aspecto fundamental en toda intervención terapéutica y preventiva.

Por otra parte, la Psiquiatría Perinatal es la disciplina que se ocupa de la patología mental del adulto en su proceso de devenir padre o madre y las consecuencias de esa patología en el establecimiento vincular y en el desarrollo emocional e instrumental del bebé y del niño pequeño.

Después de situar la clínica en este periodo y describir las características psicopatológicas y clínicas más importantes nos centraremos en la intervención terapéutica específica de esta etapa y su importancia en la prevención, al punto de ser indisociables la una de la otra.

PONENCIA 3

PROGRAMA DE CLÍNICA DE LA PRIMERA INFANCIA EN EL HOSPITAL NIÑO JESÚS.

PONENTE: Silvia Gutiérrez Priego, Psiquiatra adjunto del Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica del niño y adolescente del Hospital Univ Niño Jesús de Madrid.

RESUMEN:

Dicho programa supone la atención integral a la salud mental de niños de 0 a 6 y sus familias. Se realiza la evaluación clínica completa, el diagnóstico y tratamiento integral de niños con sospecha de patología mental, incluido la psicoeducación y asesoramiento a sus familias.

Está constituido por la atención Ambulatoria, en Hospital de Día e incluso la Hospitalización, incluyendo el programa específico de: Atención Temprana, atención Multidisciplinar al TCA y el programa de detección y seguimiento de los TEA en la primera infancia.

Los niños de 0-6 años que se pueden beneficiar de este programa son:

-Niños (0-3 años y 4-6 años) con TCA moderado-grave con riesgo nutricional, psicopatológico, o crianza de riesgo, alteraciones de la dinámica familiar.

-Niños de riesgo en cualquier área de desarrollo madurativo.

-Niños con signos de alarma de TEA.

-Problemas de comportamiento o interacción social en niños con enfermedades metabólicas, neurológicas, cromosomopatías, enfermedades raras.

-Alteraciones de la regulación emocional, comunicación e interacción social

-Retraso madurativo con alteración psicopatológica moderada o grave.

-Alteraciones del sueño, trastornos control de esfínteres graves y de larga duración.

En el procedimiento diagnóstico se cuenta con un Psiquiatra, dos Psicólogos y Personal de Enfermería (1-2) y está basado en la observación de la diada (madre/padre hijo), en técnicas gráficas, de juego, además de en cuestionarios.

Entre los procedimientos terapéuticos destaca:

-Tratamiento intensivo en Hospital de día infantil,

-Tratamiento ambulatorio: intervención psicoterapéutica grupal e individual (mediante técnicas cognitivas-conductuales, psicoeducativas), terapia de juego, intervención familiar, trabajo con la diada madre/padre-hijo, tratamiento psicofarmacológico.

S15 LA INTERVENCIÓN CLÍNICA DE PRECISIÓN EN LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN, SOBREPESO Y OBESIDAD.

PONENTE: Mar Faya Barrios, Psiquiatra Adjunto Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica del Niño y el Adolescente, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid

PONENCIA 1

FACTORES DE RIESGO GENÉTICO PARA TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN EN LAS DIFERENTES ETAPAS EVOLUTIVAS DE NIÑOS Y ADOLESCENTES.

PONENTE: Maria Teresa Plana, Psiquiatra. Coordinadora Grupo de Trabajo Trastornos de Alimentación en niños y adolescentes. Servicio Psiquiatría y Psicología Clínica Infantil y Juvenil. Hospital Clinic. Barcelona

RESUMEN:

Se realizará una revisión actualizada de los hallazgos genéticos en la anorexia nerviosa en población infantil y juvenil y más específicamente cómo éstos influyen como factores de riesgo para desarrollar la enfermedad según diferentes etapas evolutivas de los pacientes. También se explicará el concepto de pleiotropía genética en relación a la anorexia nerviosa y el trastorno obsesivo-compulsivo según estudio realizado en nuestro servicio en una muestra de niños y adolescentes con anorexia nerviosa o trastorno obsesivo-compulsivo”.

PONENCIA 2**CORRELATOS EMOCIONALES EN SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL: APORTACIÓN ETIOLÓGICA E INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA**

PONENTE: Santos Solano, Psicólogo. Personal Investigador. Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid

RESUMEN:

La obesidad se contextualiza como uno de los principales problemas de Salud Pública actual. La presente ponencia tiene como objetivo profundizar en el estudio de los correlatos emocionales en el sobrepeso y la obesidad infantil. Mediante la presentación de tres estudios empíricos, se abordará el papel de variables emocionales a nivel etiológico y a nivel de intervención. En primer lugar se expondrá la implicación de correlatos psicológicos y emocionales en el sobrepeso y la obesidad infantil. En segundo lugar, se analizará el papel de la respuesta y regulación emocional como proceso relevante en el origen y mantenimiento de esta problemática. Por último, se expondrá la viabilidad y la aceptación de un nuevo programa de intervención psico-familiar para el sobrepeso y la obesidad infantil desde Atención Primaria, denominado "ENTREN-F".

PONENCIA 3**INTERVENCIONES CLÍNICAS SEGÚN MARCADORES DE GRAVEDAD EN TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN**

PONENTE: Montserrat Graell Berna, Psiquiatra. Jefe de Servicio. Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid

RESUMEN:

La personalización de tratamientos alcanza también a los trastornos de alimentación; las nuevas clasificaciones incluyen especificadores de gravedad (IMC, frecuencia de atracones y conductas compensatorias) que permitirán distinguir las formas graves y leves. La validez predictiva de esta clasificación de gravedad está por probar y se precisan estudios de resultados usando los criterios recientemente propuestos.

Analizaremos las características sociodemográficas, el diagnóstico psiquiátrico y médico, los especificadores de gravedad (DSM-5), las características familiares y los marcadores psicopatológicos y biológicos y su relación con los especificadores de gravedad de un grupo de adolescentes mujeres con trastornos alimentarios que acuden por primera vez a buscar tratamiento en una Unidad de Trastornos de Alimentación - Estudio ANABEL (n=110) -. Se evaluará si los especificadores pueden determinar el tipo de intervención terapéutica y el resultado al año de evolución.

S16**AVANCES EN NEUROBIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS DE INICIO TEMPRANO.**

PRESIDENTE: Covadonga Martínez-Díaz Caneja, Psiquiatra adjunto. Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Hospital general Universitario Gregorio Marañón. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM). CIBERSAM (G01).

RESUMEN:

Cada vez hay más evidencia científica de la existencia de una base neurobiológica en los trastornos psiquiátricos de inicio en la infancia y la adolescencia. Desde un modelo de interacción gen-ambiente, el estudio de los mecanismos de oxidación y su relación con alteraciones del sistema inmunitario están cobrando relevancia como posibles factores etio-fisio-patológicos subyacentes. En este simposio se presentarán resultados de estudios dirigidos a ampliar el conocimiento del papel que la inflamación, junto con los mecanismos de estrés oxidativo pueden desempeñar en los trastornos del neurodesarrollo, tales como psicosis de inicio temprano y autismo.

Se mostrará la presencia de marcadores pro y antiinflamatorios y su papel como factores de riesgo/protección, analizando si los perfiles hallados muestran características diferenciales en niños y en adultos con un primer episodio psicótico; y por tanto si la

edad de inicio del primer episodio psicótico puede constituir un factor relevante.

Se abordará también el estudio de la longitud de los telómeros, su relevancia como marcador de envejecimiento celular y el significado de su acortamiento como posible biomarcador de la capacidad antioxidante en una muestra de pacientes con primer episodio psicótico de inicio temprano.

También se expondrán resultados de un estudio que pretende profundizar en la hipótesis del eje-intestino-cerebro como una posible vía fisiopatológica implicada en la etiopatogenia del autismo, a través del estudio de posibles marcadores biológicos de permeabilidad intestinal y alteraciones inmunitarias acompañantes en niños con trastorno del espectro del autismo.

PONENCIA 1

PERFILES DE INFLAMACIÓN EN PSICOSIS DE INICIO TEMPRANO

PONENTE: Carmen Moreno Ruiz, Psiquiatra adjunto.

Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM). CIBERSAM (G01).

RESUMEN:

El desbalance entre los marcadores pro y antiinflamatorios y entre los mecanismos que regulan el estrés oxidativo, a favor de un exceso de inflamación y oxidación, se ha identificado como un fenómeno común a distintos procesos patológicos, incluyendo las enfermedades mentales. A pesar de ello, los datos que existen de las distintas cohortes son difícilmente comparables, debido a la complejidad de la cascada inflamatoria y a los procesos de autorregulación y a que la exploración de la misma por parte de distintos grupos se ha llevado a cabo estudiando distintos parámetros. La contribución relativa de la inflamación y la oxidación en los trastornos mentales de inicio temprano y el impacto a largo del neurodesarrollo aún ha sido poco estudiada, lo que dificulta a su vez el desarrollo e implementación de estrategias terapéuticas con impacto potencial en la progresión de las alteraciones asociadas a los mismos.

Los trastornos psicóticos de inicio temprano comprenden una categoría nosológica amplia que incluye trastornos afectivos y del espectro de la esquizofrenia cuyos síntomas debutan en un periodo de especial vulnerabilidad a nivel del desarrollo cerebral. Poder determinar la contribución diferencial de la inflamación en los distintos diagnósticos en esta muestra especialmente vulnerable, puede generar hipótesis que guíen el desarrollo de tratamientos. Asimismo, poder estudiar las diferencias en los parámetros pro y antiinflamatorios en función del estadio de neurodesarrollo, permitirá identificar tanto potenciales estrategias como ventanas terapéuticas que permitan optimizar la intervención. En este simposium se mostrarán resultados comparativos del perfil pro y antiinflamatorio de una cohorte de pacientes con distintos trastornos psicóticos de inicio temprano y de otra cohorte de pacientes con psicosis de inicio en la adolescencia y en la edad adulta. Se discutirán aspectos metodológicos e implicación práctica de los resultados.

PONENCIA 2

OXIDACIÓN Y ENVEJECIMIENTO CELULAR EN JÓVENES CON PSICOSIS DE INICIO TEMPRANO.

PONENTE: David Fraguas Herráez, Psiquiatra investigador clínico

Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM). CIBERSAM (G01).

RESUMEN:

La etiología de la psicosis es, en última instancia, desconocida. Los datos disponibles señalan que las personas con psicosis presentan alteraciones en el equilibrio de los sistemas pro-oxidante/anti-oxidante y anti-inflamatorio/pro-inflamatorio. Nuestro grupo de investigación ha comprobado en estudios previos que: los pacientes psicosis de inicio temprano (PIT, antes de los 18 años) tienen un déficit de capacidad antioxidante y de la actividad antiinflamatoria con respecto a los controles sanos (pareados por edad y sexo) y que existe una relación significativa entre el déficit de capacidad antioxidante y la pérdida de volumen cerebral. Todo ello es congruente con la llamada hipótesis inflamatoria de la psicosis. Hay estudios que sugieren que estos procesos pro-inflamatorios y pro-oxidantes se asocian con un envejecimiento celular prematuro y acelerado, que contribuiría al aumento de la morbi-mortalidad detectado en personas con psicosis con respecto a la población general.

La disminución de longitud de los telómeros, estructuras celulares compuestas por repeticiones de secuencias de ADN localizadas en los extremos de los cromosomas, constituye el mejor marcador biológico de envejecimiento celular. Por ello, el estudio del

cambio de longitud de telómeros en controles sanos y personas con PIT es un indicador de envejecimiento celular prematuro. En esta presentación se revisará la hipótesis inflamatoria de la psicosis y se presentarán datos originales de un análisis del cambio de longitud de telómeros en controles sanos y jóvenes con psicosis.

PONENCIA 3

INFLAMACIÓN Y PERMEABILIDAD INTESTINAL EN AUTISMO.

PONENTE: María José Penzol Alonso, Psiquiatra de Infancia y Adolescencia.
Investigadora predoctoral adscrita a CIBERSAM.
Programa de Medicina Molecular- Universidad de Santiago de Compostela (USC)

T1 ATENCIÓN A MENORES CON PADRES EN SITUACIONES DE CONFLICTO EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO SOBRE LA SALUD DE SUS HIJOS. PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

PONENCIA 1

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES EN LA ATENCIÓN A MENORES CON PADRES EN SITUACIONES DE CONFLICTO

PONENTE: Laura Pina Camacho, Psiquiatra Adjunto. Servicio de Psiquiatría del Niño y Adolescente, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, IiSGM, CIBERSAM, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid

RESUMEN:

En contexto de conflicto conyugal (en padres casados/separados/divorciados) pueden aparecer situaciones en las que alguno de los progenitores considera que la atención brindada a su hijo menor de edad (evaluación / intervención) no cuenta con su autorización, o bien que no ha sido debidamente informado. En algún caso ha habido incluso reclamaciones o denuncias formales contra los facultativos a cargo en colegios profesionales o juzgados. Se considera por tanto importante poder protocolizar la atención en estos casos en aras de evitar, en la medida de lo posible, que este aspecto influya e interfiera negativamente en esta atención brindada, y teniendo como principio fundamental en todos los casos el mejor interés del menor.

A través de un modelo de presentación de casos clínicos, pretendemos que los asistentes a este taller dinámico; 1) se familiaricen con las diferentes situaciones clínicas y psiquiátrico-legales que se generan en el manejo diario de pacientes menores y sus progenitores en situaciones de conflicto (información sobre procedimientos de salud, obtención de consentimiento para evaluación y/o intervención), y 2) conozcan el protocolo de actuación para la atención a estos menores que ha sido elaborado por el Departamento de Pediatría, Cirugía, UCI y Urgencia Pediátrica y Psiquiatría Infantil del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. Las dudas e inquietudes de los profesionales asistentes contribuirán sin duda al avance en el conocimiento y en la mejora en la implementación de dicho protocolo.

PONENCIA 2

PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

PONENTE: Parellada, Mara, Psiquiatra Adjunto. Servicio de Psiquiatría del Niño y Adolescente, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, IiSGM, CIBERSAM, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid

38

PONENCIA 3

PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE CASOS CLÍNICOS

PONENTE: María Dolores Picoutoa, Psiquiatra Adjunto. Servicio de Psiquiatría del Niño y Adolescente, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, IiSGM, CIBERSAM, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid

T2

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN EN TRASTORNOS EJECUTIVO-ATENCIÓNALES: UN PUENTE ENTRE LA PSIQUIATRÍA Y LA NEUROPSICOLOGÍA.

PONENTE: Iban Onandia Hinchado, Profesor Asociado y Director del Gabinete de Psicología Amorebieta

PONENCIA 1

¿TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN O TRASTORNO DEL ESPECTRO ATENCIONAL? DECONSTRUYENDO EL DIAGNÓSTICO DESDE LA NEUROPSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

PONENTE: Iban Onandia H. Profesor Asociado y Director del Gabinete de Psicología Amorebieta

RESUMEN:

A día de hoy, tenemos un constructo TDAH que recoge poco fielmente lo que observamos. A menudo tendemos a seguir, porque así está establecido, un modelo de TDAH estructurado en los subtipos que recoge el DSM: inatento, hiperactivo-impulsivo y combinado. Sin embargo, precisamente la atención (ni siquiera la falta o déficit de atención, ya que no es tal, como bien sabemos) es uno de los síntomas, y fuera de esta categorización quedan las disfunciones ejecutivas que son más patognomónicas: deficiencias en la regulación de los diferentes procesos atencionales, una falta de inhibición cognitiva y/o conductual, en la regulación adecuada de las emociones, etc. Así, sabemos que éstas son las que producen la verdadera disfunción, que devienen más de unas relaciones entre la atención y las funciones ejecutivas disfuncionales, a diferencia de un trastorno atencional como hoy lo encontramos categorizado.

De esta forma, en esta parte se pretende deconstruir el constructo TDAH, representándolo como un constructo en forma de espectro ejecutivo-atencional, donde la mayor severidad vendría dado por presentaciones de múltiples déficits, como son p.e. el DAMP y TANV del que hablaremos en la última intervención. Se pretende en esta parte una participación y experimentación de algunos síntomas del TDAH en el público, como forma de vivir cómo verdaderamente el problema no es la atención, sino el uso que hacemos de ella o la incapacidad de hacerlo a nuestra voluntad.

PONENCIA 2

TEA VS. TDAH: ¿UN MISMO ESPECTRO O ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS DIFERENTES?

PONENTE: María Motos, Psicóloga especialista en neuropsicología, Unidad Neurorrehabilitación infantil.

RESUMEN:

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno del desarrollo neurológico que incluye un conjunto heterogéneo de alteraciones, caracterizado por la presencia de deficiencias en la comunicación e interacción social en diversos contextos (reciprocidad socioemocional, conductas comunicativas no verbales y el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones) y la existencia de patrones restrictivos y repetitivos de comportamientos (movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos; insistencia en la monotonía; intereses muy restringidos y fijos y hiper o hiporeactividad a los estímulos sensoriales) (APA, 2013). Pero además las personas con TEA, tienen un procesamiento de la información diferente, caracterizado, entre otros aspectos, por un claro déficit de las funciones ejecutivas: planificación y anticipación, inhibición de respuestas inadecuadas, autoregulación y control de la conducta, resolución de problemas, aceptación de situaciones nuevas, generalización y flexibilidad en sus acciones y pensamientos. Un amplio rango de problemas del neurodesarrollo tienden a aparecer y persistir juntos (Gillberg, 2010). En niños y adolescentes, el TEA está comúnmente acompañado con diferentes tipos de trastornos del neurodesarrollo (Levy et al., 2010), incluyendo epilepsia, discapacidad intelectual y un amplio rango de trastornos psiquiátricos, especialmente TDAH, síndrome de la Tourette y tics, y trastornos de ansiedad. La depresión y el trastorno obsesivo-compulsivo son más comunes en niños más mayores (Gjevik, Eldevik, Fjaeran-Granum y Sponheim, 2011). Muchos niños y adolescentes con TEA presentan síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad, que pueden ser lo suficientemente graves para justificar un diagnóstico comórbido de TDAH (Mayes, Calhoun, Mayes, Molitoris, 2012)

PONENCIA 3

OTROS TRASTORNOS EJECUTIVOS-ATENCIONALES: NO TODO ES TDAH

PONENTE: Amparo Belenguer Piquer, Dirección técnica y Neuropsicóloga Infanto-juvenil

RESUMEN:

Entre los trastornos ejecutivos-atencionales menos conocidos nos encontramos con el TANV (Trastorno del aprendizaje no verbal), es un trastorno de base neurobiológica. Sus manifestaciones clínicas relevantes son la afectación en psicomotricidad, percepción visoespacial y competencia social, y esto es así porque afectan a dos de las funciones o dominios neuropsicológicos básicos, las praxias (psicomotricidad) percepción visual, memoria, lenguaje, atención y funciones ejecutivas (Duque, 2008). Estos niños pueden presentar problemas de conducta en la infancia, así como un mayor riesgo de psicopatología internalizante (Rourke, 1899) quedando predispuestos a estados depresivos y aumentando el riesgo de suicidio en la adolescencia y en la edad adulta.

Y el DAMP (Déficit de atención, del control motor y de la percepción), descrito en los años 80, define una combinación de déficit de atención, torpeza motora y trastorno del aprendizaje perceptivo-visual, en ausencia de retraso mental y parálisis cerebral, es un síndrome igual que el TANV de disfunción neurobiológica. De la misma manera los niños DAMP, tienden a presentar problemas internalizante con tendencia a la depresión, que suelen ser persistentes en la adolescencia y en la edad adulta. Los problemas emocionales que se dan en estos dos trastornos, son una fuente más de dificultades con las que estos niños deben luchar, esto nos lleva a la necesidad tanto de mejorar en el diagnóstico neuropsicológico como psiquiátrico, y programar intervenciones conjuntas para no mermar su desarrollo, psíquico y neuropsicológico.

T3

VALORACIÓN E INTERVENCIÓN EN CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES.

PONENTE: Alicia Díaz de la Peña, Psiquiatra. Coordinadora del CSM Infanto-Juvenil. Oviedo

RESUMEN:

Características y generalidades de la conducta suicida en el adolescente:

El comportamiento suicida en el adolescente incluye el espectro que va desde los pensamientos o ideas que giran en torno la muerte hasta el suicidio consumado, pasando por las amenazas e intentos. Estos pensamientos y conductas tienen un componente multifactorial basado en la interacción entre factores de riesgo, precipitantes y protectores. En esta primera parte se describirán los elementos que intervienen en la conducta suicida y las características diferenciales de este fenómeno, considerado como un problema de salud pública grave entre los adolescentes y adultos jóvenes.

Valoración y manejo de la conducta suicida en el adolescente:

Las conductas autolesivas no deben minimizarse y la intervención de un equipo de salud mental suficientemente formado es fundamental para la detección de las señales de alarma y la valoración del riesgo, así como el trabajo terapéutico y prevención posteriores. La valoración deberá incluir una evaluación psicopatológica individual, así como la recogida más exhaustiva posible de la información aportada por el entorno más cercano. Así mismo hay que tener en cuenta que muchos pacientes no buscan ayuda inicialmente y que el abandono del tratamiento y del seguimiento son significativamente altos entre los adolescentes, lo que condicionará la intervención en los pacientes con conductas o pensamiento suicidas y sus familias.

Presentación de casos clínicos y discusión:

El suicidio se encuentra entre una de las principales causas de muerte en España entre adolescentes y adultos jóvenes y es por ello que la detección e intervención en conducta suicida en esta población es de especial relevancia. Con el fin de ilustrar de forma práctica los rasgos que caracterizan a los pacientes con conductas o pensamientos relacionados con la muerte, se desarrollarán varios casos clínicos de adolescentes que han sido atendidos en el Servicio de Urgencias y Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Adolescentes del Hospital Universitario Central de Asturias y que continúan su seguimiento en los Centros de Salud Mental.

PONENCIA 1

CARACTERÍSTICAS Y GENERALIDADES DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL ADOLESCENTE

PONENTE: Alicia Díaz de la Peña, Psiquiatra. Coordinadora del CSM Infanto-Juvenil. Oviedo

PONENCIA 2**VALORACIÓN Y MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL ADOLESCENTE****PONENTE:** José María González González, Psiquiatra. CSM Infanto-Juvenil. Oviedo**PONENCIA 3****PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS Y DISCUSIÓN****PONENTE:** Jennifer Fernández Fernández, Psiquiatra. UHP-Hospital Universitario Central Asturias. Oviedo**T4** **PROYECTO INTEA. PRESENTACIÓN DE UN PROYECTO PILOTO DE INTERVENCIÓN INTEGRAL, UNIFICADA Y BASADA EN LA EVIDENCIA EN POBLACIÓN TEA EN EDAD ESCOLAR****PONENTE:** Magdalena Valverde Gómez, Psiquiatra, IBSMIA Ibiza y Formentera.**PONENCIA 1****INTRODUCCIÓN. EVALUACIÓN Y SUPERVISIÓN DE OBJETIVOS.****PONENTE:** Magdalena Valverde Gómez, Psiquiatra USMIJ Ibiza y Formentera**RESUMEN:**

El objetivo de este taller es dar a conocer el programa piloto que se empieza a llevar a cabo en el área de salud de Ibiza y Formentera para realizar un seguimiento y evaluación integral de los pacientes con TEA de primaria y secundaria. Enfocándonos principalmente en los alumnos de la enseñanza secundaria que son los que en nuestra experiencia sufren la falta de formación y de conocimiento acerca del TEA de gran parte de la comunidad educativa del ciclo de la enseñanza secundaria. El proyecto parte de la experiencia recogida en la consulta de adultos en la que el 100 % de los pacientes refieren respecto a su etapa de secundaria unas vivencias altamente estresantes y en ocasiones traumáticas. La base de la intervención se está llevando a cabo mediante dos programas específicos que son los que presentan mayor evidencia el Ziggurat Model y el programa Scerts. En el taller abordaremos nuestro sistema de trabajo, la aplicación práctica de ambos marcos teóricos y algunos casos prácticos con la idea de compartir nuestra experiencia y mejorar con las aportaciones que los compañeros consideren necesarias realizar.

PONENCIA 2**INTERVENCIÓN CENTRADA EN EL ÁMBITO FAMILIAR.****PONENTE:** María del Mar Ferre Aguilera, Coordinadora Asociación Asperger Ibiza y Formentera.

PONENCIA 3

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA Y BULLYING.

PONENTE: Alberto Sánchez Pedroche. Maestro especializado en Educación Especial. Licenciado en Psicopedagogía. Diplomado en Logopedia. Director Pedagógico en Colegio concertado “Mare de Déu de les Neus”. Profesor Asociado Universitario (PDI). Universidad de les Illes Balears (UIB). Ibiza. Pedagogía Aplicada y Psicología de la Educación.

RESUMEN:

El alumnado con Trastorno de Espectro Autista (TEA) de alto funcionamiento, tradicionalmente denominado como Síndrome de Asperger (SA), es un grupo de alumnos susceptibles de sufrir acoso escolar (Little 2002). El 90% de los niños y jóvenes con este trastorno, según el estudio realizado por Little, han padecido maltrato psicológico, físico y/o social, lo que les convierte en un colectivo muy vulnerable. La investigación que se está desarrollando en las Islas Baleares, primero en Ibiza y posteriormente en el resto del archipiélago, se centra en analizar los efectos del entrenamiento neuropsicológico (biofeedback) en alumnos con SA para estimular los procesos psicológicos emocionales y lingüísticos relacionados con la pragmática (Almira y Aguilar, 2016); y en valorar la aplicación de un programa de competencias pragmáticas y habilidades sociales en el contexto escolar que reduzcan las dificultades de este colectivo, así como evaluar su utilidad para detectar y/o prevenir el acoso al que están expuestos.

El precedente de esta investigación es un estudio previo llevado a cabo en las Islas de Ibiza y Formentera (Pitiusas) en las que hay 37 casos con SA de entre 3-17 años (en 2016). Se pasó un cuestionario de tipo Likert a 43 docentes de enseñanza no universitaria para conocer la situación de estos alumnos en los centros respectivos y las medidas que se adoptan frente al bullying. Los resultados indican que: el profesorado, salvo excepciones, no detecta el acoso escolar, es insuficiente la vigilancia en los momentos de esparcimiento en el patio, falta una estrecha colaboración con las familias con hijos con SA, se desconocen los servicios específicos para tratar el acoso escolar.

De la revisión de la literatura realizada hasta el momento, se concluye que es fundamental profundizar en las necesidades de los niños y jóvenes con SA para favorecer la inclusión de estos en la escuela. De acuerdo con el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), las personas con SA, en menor o mayor grado, tienen dificultades para interactuar, de comunicación, carencia de interés en las conversaciones y falta de habilidades sociales, entre otras; todo ello hace que se conviertan en un grupo susceptible de padecer maltrato escolar. El hecho de que no puedan comunicar qué les está sucediendo hace que sea imprescindible intervenir en el ámbito de la escuela, colaborando con las familias para poder alcanzar una vía de comunicación más eficiente y fluida, siendo el objetivo prevenir el bullying en primer lugar o, cuando no, detectarlo tempranamente, evitando así el sufrimiento que comporta para la persona que es acosada y para su núcleo familiar.

T5

MINDFULNESS PARA NIÑOS CON TDAH: UN PROGRAMA ESTANDARIZADO.

PONENTE: Anna Huguet Miguel, Psicólogo, investigador Servicio Psiquiatría y Psicología. Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona).

RESUMEN:

Existe evidencia preliminar de que el mindfulness puede ser útil para los síntomas nucleares del TDAH, la desregulación emocional y los déficits en funciones ejecutivas. (Zylowska et al., 2008; Van der Oord et al., 2012; Van de Weijer-Bergsma et al., 2012; Zoogman et al., 2014; Cairncross y Miller, 2016; Mitchel et al., 2017; Lo et al., 2017; Evans et al., 2018). Por esta razón, consideramos que el mindfulness puede ser una nueva herramienta de intervención a tener en cuenta para el tratamiento de niños con TDAH.

Durante el taller se realizará un breve repaso a los conceptos teóricos básicos de la práctica de mindfulness. A continuación se presentará el programa estandarizado grupal M4H (Mindfulness for Health) dirigido a niños de 7-12 años con diagnóstico de TDAH. Por último, se presentarán los resultados de un estudio realizado en el Hospital Sant Joan de Déu que dan valor y aportan validez científica al programa (Proyecto financiado: BR201501). En los resultados obtenidos, se observa en los pacientes que reciben el tratamiento de intervención en mindfulness una mejora en la sintomatología clínica; se observa una disminución significativa en los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, referida tanto por padres como por profesores. Además se observa una mejora significativa en las dificultades de regulación emocional y algunos cambios positivos en las funciones ejecutivas.

PONENCIA 1**MINDFULNESS PARA NIÑOS CON TDAH: UN PROGRAMA ESTANDARIZADO.**

PONENTE: Anna Huguet Miguel, Psicólogo, investigador Servicio Psiquiatría y Psicología. Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona)

PONENCIA 2**MINDFULNESS PARA NIÑOS CON TDAH: UN PROGRAMA ESTANDARIZADO.**

PONENTE: Jose A. Alda Díez, Jefe de sección Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona)

T6 PERSONALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

PONENTE: José Ramón Gutiérrez Casares, Psiquiatra. Coordinador de Salud Mental del área de salud de Badajoz.

PONENCIA 1**LA HISTORIA DE UN MAL CASO.**

PONENTE: Pedro Manuel Ruiz Lázaro, Psiquiatra. Jefe de sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Profesor asociado Universidad de Zaragoza.

RESUMEN:

Se presenta un caso clínico con pobres resultados (fracaso parcial) basado en la historia clínica evolutiva de muchos pacientes reales con trastorno del neurodesarrollo con TDAH, disfunción ejecutiva que vemos en la clínica de las unidades de salud mental infanto-juvenil ambulatorias pero que no corresponde con un único usuario identificado.

A lo largo de la exposición se insiste en la necesidad de reevaluar este tipo de pacientes con eficacia parcial o efectos adversos del tratamiento con un primer estimulante. Se termina con la aplicación en estos casos de las diferentes guías de práctica clínica europeas acerca del TDAH:

-La GPC sobre intervenciones terapéuticas en TDAH del IACS y Ministerio de Sanidad de 2017 para establecer recomendaciones basadas en pruebas sobre efectividad y seguridad de intervenciones terapéuticas y educativas en personas con TDAH que actualiza la de 2010 para niños y adolescentes. Es una ayuda a la toma de decisiones en atención sanitaria en SNS español. No es de obligado cumplimiento ni sustituye juicio clínico.

-La Guía Clínica NICE en TDAH de 2018. Esta actualización hace énfasis en el reconocimiento y diagnóstico, calidad de atención y apoyo a niños, jóvenes y adultos con TDAH en Reino Unido. Considera nuevas pruebas con respecto a intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para TDAH.

Y en 2017 en Alemania el "Informe interdisciplinario basado en evidencia y basado en consenso sobre "Déficit de atención / trastorno de hiperactividad (TDAH) en el niño, joven y adulto"; siguiendo las directrices de la AWMF. Basado en pruebas y consenso.

PONENCIA 2

TRATAMIENTO DEL PACIENTE COMORBIDO

PONENTE: Dr Amaia Hervas, Psiquiatra. Jefa de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Universitario Mutua de Terrassa.

RESUMEN:

El TDAH es una alteración del neurodesarrollo que comienza en primera infancia y en algunos casos continua durante toda la vida, provocando gran limitación funcional. En primera infancia la coexistencia entre varias alteraciones del neurodesarrollo, complicando la presentación clínica, el diagnóstico y el abordaje es frecuente. Aquellos que presentan comorbilidades complejas entre varias alteraciones del neurodesarrollo también están más predispuestos a otros problemas de salud mental cuando van creciendo y en especial en edad adolescente y edad adulta. La presentación en el taller consistirá en el abordaje integral de la comorbilidad compleja del TDAH. Que tipos de comorbilidades son más frecuentes en el TDAH, cuáles son aquellas que combinan dos o más comorbilidades asociadas, cuáles son las características clínicas de la asociación y que alternativas farmacológicas en cada caso son las más indicadas. Se abordará en especial, que tipo de comorbilidades son más probable que respondan a las diferentes alternativas farmacológicas disponibles para el TDAH. También se expondrá que tipo de intervenciones multidisciplinares son aconsejables en las comorbilidades complejas del TDAH a diferentes edades.

T7

TALLER DE CASOS CLÍNICOS: ASPECTOS ÉTICO-LEGALES EN LA ATENCIÓN A MENORES VÍCTIMAS DE ABUSOS SEXUALES. PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN Y CASOS CLÍNICOS.

PONENTE: Itziar Baltasar Tello, Psiquiatra

PONENCIA 1

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UNA SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

PONENTE: Ernesto J. Verdura Vizcaíno.

E Verdura¹, I Baltasar¹, S Vallejo¹, E Justo¹, C Llorente¹, L Picouto¹, F Valencia¹, MD Moreno¹, C Arango¹

1. Unidad de Adolescentes. Servicio de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

RESUMEN:

La situación excepcional de sospecha de abuso sexual en pacientes menores de edad, requiere una intervención a dos niveles: clínico y de notificación legal en caso oportuno. El protocolo descrito explica el proceso de notificación legal para facilitar al equipo responsable del paciente un sistema de actuación en caso de sospecha. Dicho abuso se clasifica en función del acto (sin contacto VS con contacto sin/con penetración) y en función del grupo al que pertenece el agresor (intrafamiliar vs extrafamiliar). Según el código penal vigente Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, se consideran los 16 años la edad mínima para considerar tener relaciones sexuales consentidas. En España, se calcula que el 19% de la población adulta presenta antecedentes de haber sufrido abuso sexual en la infancia (15% varones, 22% mujeres). El objetivo del protocolo es la protección del menor, sin la revictimización en el proceso de recogida de información, y ajustado al marco legal actual en España, sin diferencias de sexo, nacionalidad, raza, discapacidad o ubicación territorial.

Ante la sospecha de abuso, siendo el relato del menor el indicador de alerta más potente, se valorará si es o no una situación de urgencia y si existe o no contacto físico, si es afirmativo, el tiempo del último contacto mayor o menor de 7 días. Dichas variables condicionan el lugar y la forma de recogida de muestras así como el modo de notificación a las autoridades pertinentes.

PONENCIA 2**PROGRAMA CLÍNICO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS SE-
CUELAS PSÍQUICAS EN VÍCTIMAS DE UNA AGRESIÓN SEXUAL****PONENTE: Olga Puig**O Puig ^{1,2}, E Solé ^{2,3}, M Comes ^{2,3}, C López ², B Sureda ^{2,3}, E Alonso ⁴, T Echeverría ⁴, LI Garcia-Esteve ^{2,3}

1. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. 2014SGR489. Hospital Clínic de Barcelona. CIBERSAM.
2. Programa Clínic de prevención y tratamiento de las secuelas psíquicas en víctimas de una agresión sexual. Hospital Clínic de Barcelona.
3. Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Clínic de Barcelona.
4. Servicio de Urgencias. Hospital Clínic de Barcelona.

RESUMEN:

El Programa Clínic de prevención y tratamiento de las secuelas psíquicas en víctimas de una agresión sexual es un programa clínico-asistencial de atención precoz a la salud mental de las personas que han sufrido una agresión sexual en la ciudad de Barcelona. Se trata de un programa multi-disciplinar, en el que participan de forma coordinada profesionales de enfermería, trabajo social, psiquiatría y psicología clínica, para ofrecer una evaluación y tratamiento de las secuelas derivadas de la violencia sexual. El programa se organiza en diversas fases, desde la estabilización inicial hasta la recuperación psicosocial, pasando por el abordaje de las secuelas traumáticas. El programa se activa de forma preferente, aunque no única, desde el servicio de urgencias del mismo Hospital Clínic, que cuenta con el Programa de Atención Integral a la violencia sexual, liderado por la Comisión de Violencia Intrafamiliar y de Género. El Hospital Clínic es el centro de referencia para la ciudad de Barcelona en la atención a personas que han sufrido una agresión sexual, y desde mayo de 2018, también es el centro de referencia para las adolescentes a partir de 16 años víctimas de una agresión sexual. Durante la ponencia, se facilitarán datos preliminares sobre el perfil de las adolescentes atendidas en el programa hasta el momento y se revisará la intervención, desde la atención inicial en urgencias hasta el tratamiento ambulatorio posterior de las secuelas psíquicas, ilustrado con casos clínicos.

PONENCIA 3**MENOR VÍCTIMA DE ABUSOS Y AGRESIONES SEXUALES Y PSICOPA-
TOLOGÍA: CASOS CLÍNICOS****PONENTE: Itziar Baltasar Tello.**I Baltasar¹, E Verdura¹, S Vallejo¹, E Justo¹, C Llorente¹, L Picouto¹, F Valencia¹, MD Moreno¹, C Arango¹

1. Unidad de Adolescentes. Servicio de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

RESUMEN:

El número de niños y adolescentes atendidos en unidades de Salud Mental con antecedentes de abuso y agresión sexual ha ido en aumento de forma alarmante en los últimos años, llegando a cifras del 20%. No es infrecuente que la situación de abuso no sea reciente, sino que el menor lo haya ocultado en el tiempo (por vergüenza, amenazas, culpa, etc) o habiendo sido verbalizada, aparece en el contexto de psicopatología de todo tipo, tanto internalizante como externalizante. Es preciso conocer los protocolos de actuación y notificación ante la verbalización de un abuso o agresión sexual que ha ocurrido en el pasado que permitan un adecuado abordaje del paciente a nivel psicológico, orgánico y social y garantice su seguridad en el caso de que el contacto con el agresor continúe o sea probable. A través de la exposición de varios casos clínicos atendidos en la Unidad de Adolescentes de Psiquiatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, ahondaremos en la psicopatología más frecuente del menor con historia de abuso y agresión sexual y debatiremos acerca de cómo proceder y cuál es el abordaje más adecuado en estos casos.

T8

IRRITABILIDAD CRÓNICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. ENTRENAMIENTO PRÁCTICO CON APRENDIZAJE BASADO EN CASOS.

PONENTE: Azucena Díez Suárez, Psiquiatra, Unidad de Psiquiatría Infantil y del Adolescente. Clínica Universidad de Navarra.

RESUMEN:

La irritabilidad es un síntoma muy frecuente en muchos trastornos psiquiátricos, incluso puede estar presente en algunas etapas del desarrollo normal en niños y adolescentes. Es imprescindible realizar un diagnóstico preciso, más cuando la irritabilidad es grave y crónica, para plantear un tratamiento adecuado. Entre los trastornos que la asocian se encuentran: trastornos del neurodesarrollo, como el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, especialmente si se asocia a trastorno negativista desafiante, trastornos del humor, como depresión o trastorno bipolar, trastornos de ansiedad graves, trastorno de disregulación disruptivo del humor, uso de sustancias, etc. Los estudios sugieren que la mayoría de los niños y adolescentes con irritabilidad, pero sin síntomas cardinales (euforia, expansividad) de trastorno bipolar, o sintomatología no episódica, con el tiempo suele evolucionar más hacia episodios depresivos y trastornos de ansiedad.

Mediante la exposición y análisis de casos clínicos, y basándose en la metodología de Aprendizaje basado en Casos” (Case Based Learning), este taller abordará los siguientes objetivos:

1. Analizar y distinguir los diferentes tipos de irritabilidad, y sus síntomas acompañantes.
2. Aprender a formular un diagnóstico preciso de los diferentes trastornos psiquiátricos que cursan con irritabilidad grave.
3. Revisar los posibles abordajes farmacológicos y psicoterapéuticos más adecuados para los niños y adolescentes con irritabilidad crónica y grave.

PONENCIA 1

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA IRRITABILIDAD CRÓNICA Y GRAVE EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

PONENTE: Dr. César Soutullo Esperón, Psiquiatra, Unidad de Psiquiatría Infantil y del Adolescente. Clínica Universidad de Navarra.

RESUMEN:

La irritabilidad es un síntoma muy frecuente en niños y adolescentes con diferentes patologías psiquiátricas. Es importante conocer cómo evaluar frecuencia de los episodios, velocidad a la que se producen (labilidad emocional), duración del episodio e intensidad (análisis cuantitativo). También hay formas de diferenciar entre una posible patología de origen y otra en función de las características de la irritabilidad (análisis cualitativo), y de la presencia de otros síntomas asociados. En este taller presentamos diferentes casos para discutir en grupo, que pueden ilustrar algunas de estas características descritas.

PONENCIA 2

46

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA IRRITABILIDAD CRÓNICA Y SEVERA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

PONENTE: María Ribeiro Fernández, Psiquiatra, Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, Complejo Hospitalario de Navarra.

RESUMEN:

La causa más frecuente de atención en Psiquiatría del niño y adolescente es la irritabilidad. Este síntoma, tan frecuente como inespecífico, puede darse dentro del desarrollo normal del paciente o como señal de un trastorno que es necesario diagnosticar y tratar.

Dentro de los trastornos que cursan con irritabilidad crónica severa habría que realizar el diagnóstico diferencial entre los trastornos del neurodesarrollo (como el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, especialmente si se asocia a trastorno negativista desafiante), trastornos del humor (como depresión o trastorno bipolar), trastornos de ansiedad graves, trastorno de disregulación disruptiva del humor o uso de sustancias entre otros.

Es importante poder tener en cuenta las diferencias que nos indican la presencia de uno u otro trastorno, para así poder realizar la intervención terapéutica más adecuada en cada caso.

PONENCIA 3

PRINCIPALES TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y PSICOTERAPÉUTICOS EN LA IRRITABILIDAD CRÓNICA Y GRAVE EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

PONENTE: Azucena Díez Suárez, Psiquiatra, Unidad de Psiquiatría Infantil y del Adolescente. Clínica Universidad de Navarra.

RESUMEN:

El enfoque terapéutico de la irritabilidad crónica requiere un adecuado diagnóstico. Los tratamientos farmacológicos indicados para cada uno de los trastornos que asocian irritabilidad, serán los de elección en cada caso. Para el TDAH, además de los estimulantes, la guanfacina ha mostrado ser especialmente efectiva cuando se asocia irritabilidad. Si la causa subyacente de la irritabilidad es un trastorno de ansiedad, se debe tratar con un ISRS. En el trastorno bipolar, el tratamiento de primera elección, tanto en episodios depresivos, como maníacos, son los antipsicóticos de segunda generación. Los antidepresivos deben emplearse con mucha precaución. En lo referente a la psicoterapia, existen diversos programas estructurados tanto para el tratamiento del paciente, como de su familia y otros ámbitos, como el colegio. Algunos de los empleados con mayor frecuencia son: la terapia cognitivo-conductual ("El niño explosivo" de Ross Greene es una adaptación específica), la terapia dialéctica conductual, o la interpersonal.

T9

“ADOLESCENTES, DROGAS Y NUEVAS TECNOLOGÍAS; UNA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA INTEGRAL”

COORDINADOR: Adela Masana Marín, Dirección Área médico-psiquiátrica CTE Can Ros (Amalgama7). Tarragona

RESUMEN:**Objetivos:**

En los últimos años se experimenta un incremento notable en la población infanto-juvenil de las adicciones comportamentales y el policonsumo de sustancias psicoactivas. Algunos estudios epidemiológicos nos informan que progresivamente estos dos factores de riesgo se producen en edades cada vez más prematuras.

Los objetivos son reflexionar sobre los actuales dispositivos asistenciales tanto en la atención primaria como en la especializada y de qué tipo de adecuación sería la necesaria para la atención clínica de pacientes adolescentes y jóvenes afectados por patología dual y de otras adicciones comportamentales derivadas del uso/abuso de las nuevas tecnologías.

Materiales y métodos:

Se presentarán datos epidemiológicos de distintas investigaciones, entre otras la iniciada por Amalgama7 en 2017-18 a partir de un estudio retrospectivo en el que han participado 421 pacientes adolescentes y jóvenes. Las decisiones estadísticas se han realizado tomando como nivel de significación el valor 0,05.

Resultados y conclusiones:

La patología dual y los trastornos comportamentales derivados del uso/abuso de nuevas tecnologías son concurrentes en más de un tercio de los pacientes adolescentes y jóvenes atendidos en los dispositivos sociosanitarios residenciales de Amalgama7.

PONENCIA 1

“¿EXISTEN CRITERIOS COMPARTIDOS DE USO PROBLEMÁTICO, ABUSO Y DEPENDENCIA EN DROGAS Y NUEVAS TECNOLOGÍAS?”

PONENTE: M^a **Angels Feliu Zapata**, Directora Área clínica
Centro sociosanitario ambulatorio (Amalgama7). Barcelona

PONENCIA 2

“¿HAY CONCURRENCIA EN ADOLESCENTES Y JÓVENES AFECTADOS POR PATOLOGÍA DUAL Y COMPORTAMIENTOS DE ABUSO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS?”

PONENTE: **Isabel Busquets Ramss**, Psicóloga clínica
Centro sociosanitario ambulatorio (Amalgama7). Barcelona

T10

GENÉTICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE LA PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL. USO Y APLICACIONES

COORDINADOR: **Francisco Díaz Atienza**, Psiquiatra y Coordinador – Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada

RESUMEN:

Tras una concisa introducción teórica básica, se pretende, a través de la presentación y desarrollo de diferentes casos clínicos de presentación frecuente en la consulta de Psiquiatría Infanto-Juvenil, iniciar a los participantes en el conocimiento y manejo de las pruebas genéticas necesarias para el diagnóstico genético en la práctica clínica, con el objetivo de que puedan trasladar lo aprendido al diagnóstico de sus pacientes por sus propios medios al menos a un nivel básico, y de generar en ellos el interés y la comprensión de la necesidad de ampliar sus conocimientos en este campo fundamental del diagnóstico psiquiátrico. Para ello, se pretende además solicitar a los participantes que previamente preparen algún caso real de su consulta, con el fin de plantearlo en el Taller y mostrar el posible uso práctico del diagnóstico genético en sus propios pacientes.

PONENCIA 1

48

GENÉTICA CLÍNICA APLICADA EN LA CONSULTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL: UNA LIGERA APROXIMACIÓN TEÓRICA

PONENTE: **Óscar Herreros Rodríguez**, Psiquiatra – Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada

RESUMEN:

Un número importante de los pacientes atendidos en Psiquiatría Infanto-Juvenil presentan diagnósticos pertenecientes al grupo de los Trastornos del Neurodesarrollo (DSM 5). En la actualidad se considera que la heredabilidad de dichos trastornos es del 50-90%, lo que subraya la importancia de los factores genéticos en su patogénesis. La comprensión de estos aspectos genéticos de los Trastornos del Neurodesarrollo puede proporcionar información muy importante respecto a su origen y el riesgo de recurrencia en familiares y descendientes (propios o de otros familiares), pronóstico y evolución en el tiempo, riesgos y comorbilidades a lo largo de la vida, e intervenciones terapéuticas.

En este sentido, en los últimos años no sólo se han llevado a cabo múltiples estudios de investigación para esclarecer estos facto-

res genéticos, sino que técnicas diagnósticas hasta hace muy poco sólo disponibles para estos estudios son ahora de uso común en la clínica, o están muy cerca de serlo, lo que hace que sus resultados sean de inmediata aplicabilidad clínica.

Frente a esto, existe la tendencia en Psiquiatría Infanto-Juvenil de dejar estos aspectos del diagnóstico del paciente en manos de otros profesionales, fraccionando la atención del paciente y dilatando el proceso diagnóstico.

En esta primera parte del Taller se pretende realizar una introducción teórico-práctica a los aspectos genéticos de los Trastornos del Neurodesarrollo, y sobre todo a las nuevas técnicas diagnósticas genéticas, y la aplicabilidad clínica de unos y otras.

PONENCIA 2

GENÉTICA CLÍNICA APLICADA EN LA CONSULTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL: CASOS CLÍNICOS Y APLICABILIDAD REAL

PONENTE: Pablo González Domenech, Psiquiatra – Práctica privada

RESUMEN:

Tras una la introducción teórico-práctica realizada en la primera parte del Taller, se pretende, a través de la presentación y desarrollo de diferentes casos clínicos de presentación frecuente en la consulta de Psiquiatría Infanto-Juvenil, iniciar a los participantes en el conocimiento y manejo real de las pruebas genéticas necesarias para el diagnóstico genético en la práctica clínica, con el objetivo de que puedan trasladar lo aprendido al diagnóstico de sus pacientes por sus propios medios al menos a un nivel básico, y de generar en ellos el interés y la comprensión de la necesidad de ampliar sus conocimientos en este campo fundamental del diagnóstico psiquiátrico. Para ello, se pretende además solicitar a los participantes que previamente preparen algún caso real de su consulta, con el fin de plantearlo en el Taller y mostrar el posible uso práctico del diagnóstico genético en sus propios pacientes.

T11 MALTRATO INFANTIL. MEDIDAS DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA. PERSPECTIVA DESDE EL TRABAJO REALIZADO EN LAS COMISIONES DE APOYO A LA FAMILIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

PONENTE: José Francisco Otero Pérez, Jefe de Psiquiatría del Centro de Salud Mental de San Lorenzo de El Escorial

PONENCIA 1

MALTRATO INFANTIL: ETIOLOGÍA Y TIPOS. PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS.

PONENTE: Belén Poza Cano. Psiquiatra Infanto-Juvenil del Centro de Salud Mental de San Lorenzo de El Escorial. Vocal Permanente de la CAF de la THAM.

RESUMEN:

Las cifras de maltrato a la infancia han aumentado tanto en cantidad como en gravedad en los últimos años según refleja el último informe de la Fundación Anar publicado en 2016. Saber identificar qué situaciones son sospechosas de maltrato y hacer una intervención precoz que ponga fin a las mismas es prioritario en la salud tanto física como psicológica de nuestros menores. Comenzamos el taller explicando que entendemos por maltrato intrafamiliar a la infancia y especificando las características particulares de cada uno de los subtipos existentes. Comentaremos la situación actual que existe tanto en España como en la Comunidad de Madrid, lugar en el que se desarrollan las Comisiones de Apoyo a la Familia y que constituyen el eje de nuestro taller. Según el informe de medidas de protección a la infancia elaborado por el Ministerio de Sanidad, en el año 2017 se produjo un incremento de casi un 8% en el total de menores de edad atendidos por el sistema de protección.

A continuación explicaremos la etología del maltrato intrafamiliar con el fin de conocer las características tanto personales como relacionales que pueden originar las situaciones de maltrato a los hijos. Conocer bien el origen del problema es vital con el fin de detectar situaciones de riesgo e intervenir terapéuticamente de la manera más eficaz.

Mediante un caso clínico podremos visualizar los diferentes tipos de maltrato y ejemplificar como una familia puede llegar al sistema de protección.

PONENCIA 2

IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN RED. COMISIONES DE APOYO A LA FAMILIA.

PONENTE: Raquel García López. Trabajadora Social del Centro de Salud Mental de San Lorenzo de El Escorial. Vocal Permanente de la CAF de La Maliciosa.

RESUMEN:

La complejidad del Maltrato Infantil requiere soluciones que han de ser abordadas desde varios ámbitos; sociales, sanitarios, educativos, etc. Esto hace que sea imprescindible desarrollar espacios de coordinación, entre diferentes profesionales y diferentes instituciones. Las administraciones públicas deben facilitar y propiciar estos espacios.

Este Taller expone como en la Comunidad de Madrid, con la Ley 18/1999 de 29 de Abril de **Consejos Locales de Atención a la Infancia y Adolescencia** se regula la forma en la que se constituyen estos espacios de coordinación formal y colegiada.

Explicaremos el funcionamiento de estos Consejos, pero principalmente sobre la **Comisión de Apoyo Familiar**. Esta Comisión se crea para el estudio de las situaciones de riesgo social y protección, utilizando para sus funciones un instrumento técnico, el **Proyecto de Apoyo Familiar**, mediante el cual establecer una adecuada evaluación y objetivos de intervención con los menores y sus familias.

Estos **“contextos formales”** de coordinación, constituyen plataformas esperanzadoras de intercambio y generadoras de ideas nuevas, pero también son lugares de frustración, disputas y rivalidades. Son espacios tan temidos, como deseados (A.Rodríguez). Por ello queremos también contar en el taller, con ejemplos prácticos, las características que deben tener estos espacios; trabajo en equipo, respuestas globales e integradoras, asegurar una continuidad de cuidados, definición de objetivos, criterios de evaluación e intervención, delimitación de funciones y distribución de tareas, en definitiva **corresponsabilidad** en la intervención.

PONENCIA 3

CONSECUENCIAS DEL MALTRATO INFANTIL. RESOLUCIÓN DE CASOS CLÍNICOS.

PONENTE: M^a Rosario Pérez Moreno, Psiquiatra Infanto-Juvenil del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Vocal Permanente de la CAF Centro de Madrid.

RESUMEN:

Se presenta un caso clínico seleccionado de aquellos que han sido abordados en una Comisión de Apoyo Familiar de la Comunidad de Madrid. El motivo de presentación es que además acude a tratamiento en los Servicios de salud mental de zona. Un componente del equipo de salud mental (psiquiatra) es miembro permanente de la comisión de apoyo familiar.

En la evaluación en salud mental en situación de adversidad psicosocial hay que tener en cuenta los aspectos neurobiológicos y el impacto en el neurodesarrollo. Este va a depender de las características del niño y también de las características del maltrato. En general parecen estar más afectados el sistema límbico y la corteza prefrontal. El exceso de cortisol liberado en una situación de estrés crónica ejerce de tóxico.

Desde el punto de vista psicológico van a estar afectadas áreas tan importantes como la afectividad, conductas de apego y establecimiento de vínculos, socialización, relación con uno mismo, área cognitiva, aprendizaje y según el caso puede aparecer psicopatología que constituya un trastorno psiquiátrico.

En el tratamiento es necesario tener en cuenta los aspectos psiquiátricos, psicológicos y sociales y el trabajo de coordinación con los equipos de distintos ámbitos que realizan intervención. Con el caso presentado se realiza una formulación biopsicosocial, mostrando cómo el modelo médico de manera asilada no da respuesta a los problemas de salud del paciente. La presentación ilustra tanto la clínica asociada al maltrato infantil como un modelo de tratamiento multidisciplinar desde distintas instituciones.

T12

INTERVENCIONES GRUPALES EN DIFICULTADES ALIMENTARIAS EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL: TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO (TEA), BULIMIA NERVIOSA (BN) Y TRASTORNO DE EVITACIÓN/RESTRICCIÓN DE LA INGESTA (ARFID).

PONENTE: M. Ángeles Mairena García de la Torre, Psicóloga Clínica, Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona)

PONENCIA 1

PROGRAMA TEALIMENTO: VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA NIÑOS CON TEA Y DIFICULTADES ALIMENTARIAS

PONENTE: Mireia González, Psicóloga General Sanitaria. Estudiante de Doctorado. Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona). Blanquerna, Universitat Ramon Llull.

RESUMEN:

Las dificultades y limitaciones en la alimentación se describen como uno de los problemas co-ocurrentes más habituales en pacientes con trastorno de espectro autista (TEA). Se estima que entre un 46 y un 89% de los niños con TEA presentan hábitos alimentarios problemáticos. Hasta el momento, la literatura indica que los procedimientos conductuales mejoran los problemas de alimentación en niños con TEA, pero los estudios son escasos y presentan limitaciones metodológicas. El objetivo principal de este proyecto es valorar la efectividad de una intervención mixta (grupal e individual) de tipo semi-estructurada, para niños con diagnóstico de TEA y que presentan dificultades en su alimentación de manera comórbida. Mediante el entrenamiento parental e intervención con los niños/as, favoreciendo el manejo en las dificultades alimentarias para aumentar la variedad alimentaria y valoración del estado nutricional al inicio y al final del programa.

Metodología:

Los participantes (n=20) con rango de edad entre 3-8 años, fueron distribuidos de forma aleatoria en 2 grupos (intervención y control). Se realizaron 12 sesiones semanales de 1h30h de duración, combinando sesiones grupales e individuales. La intervención implica un trabajo simultáneo tanto con padres como con niños en espacios separados. Los resultados preliminares sugieren que los niños que han realizado la intervención han aumentado el número de alimentos probados (media de 17 alimentos nuevos probados) y muestran menor severidad en la restricción alimentaria (valoración de 17% menos de severidad).

PONENCIA 2

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN GRUPAL PARA PACIENTES CON BULIMIA NERVIOSA

PONENTE: Pau Soto Usera, Psicólogo Clínico, Hospital Sant Joan de Déu

RESUMEN:

Presentación de un programa de grupal de formato abierto para pacientes diagnosticados con un trastorno de conducta alimentaria, que también muestran un patrón de comportamientos impulsivos dañinos, principalmente atracones seguido de ayuno o vómitos autoinducidos.

Se incluyeron hasta diez pacientes de entre 16 y 17 años de edad, evaluados mediante una entrevista llevada a cabo por un clínico. Aplicación del consentimiento informado y medición de los síntomas mediante cuestionarios (AAQ-II, VQ, BDI, BIS11).

La terapia de grupo resultó ser eficaz para disminuir la intensidad y frecuencia de los atracones y vómitos, así como otros patrones de comportamiento impulsivos, tales como el uso de sustancias y las autolesiones.

Se presentarán los módulos en los que está dividido el programa, la estructura de las sesiones grupales, y talleres / ejercicios prácticos específicos que se han desarrollado a lo largo de las sesiones.

PONENCIA 3

TRASTORNO DE EVITACIÓN/RESTRICCIÓN DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS (ARFID): DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

PONENTE: Laura Cañas Vinader, Psicóloga General Sanitaria. Estudiante de Doctorado. Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona). Blanquerna, Universitat Ramon Llull.

RESUMEN:

El trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos [Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID)] incluye pacientes que presentan evitación y/o restricción alimentaria sin cogniciones distorsionadas entorno al peso y la figura corporal. Pueden presentar conductas alimentarias restrictivas, pérdida de peso significativa, estancamiento pondoestatural, deficiencia nutritiva, dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutricionales orales y dificultades psicosociales. Los síntomas clínicos más comunes son dolor abdominal, miedo a vomitar y a atragantarse, ansiedad, saciedad, náuseas, experiencias sensoriales desagradables con la comida y alergias alimentarias. Comparados con otros Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) tienen una menor edad, son mayoritariamente del sexo masculino y los meses de evolución de enfermedad son superiores. Se trabaja mediante desensibilización sistemática para reducir las respuestas de ansiedad y las conductas de evitación ante determinados alimentos.

Los principales objetivos son describir un programa de intervención que se lleva a cabo en una unidad de TCA infanto-juvenil y ofrecer datos descriptivos de 56 pacientes con ARFID (rango edad 6-18 años; 38 varones y 18 mujeres; media peso 31Kg; rango meses inicio enfermedad 16-99) que iniciaron tratamiento entre 2005-2018.

El análisis de resultados compara tres dimensiones psicopatológicas: evitación por miedos específicos (51.8%), falta de interés por comer (28.6%) y restricción por las propiedades sensoriales (19.6%). Se han obtenido diferencias significativas en comorbilidad psiquiátrica ($p=.002$) y meses de enfermedad ($p=.001$).

Ofrecer datos de pacientes diagnosticados con ARFID podría aumentar el conocimiento sobre el trastorno y tener implicaciones en la prevención, detección precoz y desarrollo de intervenciones terapéuticas eficaces.

PROGRAMAS AMBULATORIOS INTENSIVOS EN UNA RED DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL DE BARCELONA.

T13

PONENTE: Israel Antonio Bobadilla González, Psiquiatra. Jefe de servicio, Hospital de día per Adolescents de Gavà., Fundació Orienta. Barcelona.

PONENCIA 1

PENSA (PREVENCIÓ EN PSICOSI ADOLESCENT): IMPLEMENTACIÓ DE UN PROGRAMA AMBULATORIO DE PREVENCIÓ DE PSICOSIS EN ADOLESCENTES CON ESTADOS MENTALES DE ALTO RIESGO Y PRIMEROS EPISODIOS.

52

PONENTE: Israel Bobadilla González, Víctor Ribes Carreño, Ilenia Gori, Lidia Edo, Montserrat Balcells, Teresa Ribalta. Fundació Orienta, Barcelona, España.

RESUMEN:

En los últimos años ha habido un especial interés en el desarrollo de programas de atención a la psicosis temprana. En Catalunya desde el año 2018 es una prioridad sanitaria la implementación de dichas intervenciones sociosanitarias.

Comentaremos la implementación de programa de prevención de psicosis en adolescentes y sus familias (PENSA), basado en experiencias previas en España y en el Modelo Psicoeducativo multifamiliar de McFarlane, pero adaptado para EMAR (Estados Mentales de Alto Riesgo de Psicosis) y PIP (Primeros Episodios Psicóticos), en una red de salud mental ambulatoria y pública de Barcelona mediante diversas intervenciones sociosanitarias y familiares coordinadas e integradas según niveles de atención. El programa está organizado según nivel de complejidad y estado de la enfermedad: detección precoz en AP, prevención primaria de PIP en EMAR en CSMIJ, prevención terciaria en Hospital de Día (PIP), junto con coordinación con Hospital.

El programa incluye: formación en detección precoz de EMAR y Psicosis Incipiente a Médicos de atención primaria, generación de equipos especializados y multidisciplinares (atención psicológica, psiquiátrica, enfermería y trabajador social) en cada centro de salud mental ambulatorio y hospitales de día de Fundació Orienta; seis grupos de psicoeducativos multifamiliares paralelos (adolescentes y familias) y coordinación con servicios hospitalarios.

PONENCIA 2**PAS A PAS (PASO A PASO): PROGRAMA DE TRANSICIÓN Y TRATAMIENTO INTENSIVO PARA NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN UNA RED DE ATENCIÓN AMBULATORIA DE SALUD MENTAL EN BARCELONA.****PONENTE: Ilenia Gori, Israel Bobadilla, Lidia Edo, Marta Mascarell, Víctor Ribes, Montserrat Barcells, Teresa Ribalta.****RESUMEN:**

Existe una demanda creciente de atención a niños y niñas con trastorno del espectro autista (TEA) y trastorno generalizado del desarrollo (TGD), siendo necesario un modelo de intervención multidisciplinar que contemple la globalidad del niño alrededor de sus propias particularidades, de sus ámbitos de relación (familia y escuela) y de la comunidad a la que pertenece.

El objetivo es presentar un modelo de atención ambulatoria intensiva en una red de salud mental infantil para niños con TEA y sus familias en una red de salud mental ambulatoria de Barcelona; basado en intervenciones especializadas, intensivas, coordinadas e integradas transversalmente entre equipos asistenciales pertenecientes a redes y administraciones diferentes.

El programa incluye: coordinación con derivadores de primera infancia, intervención directa en escuelas y dispositivos psicoeducativos específicos, junto con atención especializada y multidisciplinar especializado (psiquiatra, psicólogo, enfermería y trabajador social) individual, familiar y grupal; adaptado tanto al momento del desarrollo evolutivo como a los distintos niveles de gravedad psicopatológica.

A nivel terapéutico, para pacientes graves se prioriza el trabajo sobre la conciencia de uno mismo, la identificación o reconocimiento a una imagen corporal, los primeros signos de intencionalidad comunicativa mediante tratamiento psicomotriz. Para pacientes moderados se prioriza la construcción simbólica a partir de materiales gráficos y juegos que permitan la proyección de las emociones. Para pacientes leves, el tratamiento se centra en las habilidades sociales y en la relación a partir de actividades lúdicas. Cada uno de estos objetivos se trabaja en el formato que se saca mejor rendimiento, normalmente en grupo, pero también de forma individualizada o a nivel familiar en función de posibilidades del caso y de recursos.

Una vez completado los dos años de tratamiento, se realiza la transición hacia el modelo ambulatorio habitual.

PONENCIA 3**GIIB (GRUPOS DE INTERVENCIÓN INICIAL BREVE): TERAPIA GRUPAL BREVE AMBULATORIA PARA INTERVENCIÓN INICIAL EN TRASTORNOS MENTALES LEVES EN BARCELONA.****PONENTE: Monserrat Balcells, Víctor Ribes, Israel Bobadilla.****RESUMEN:**

Existe un incremento de la demanda asistencial por conflictos psico-evolutivos o clínica adaptativa leve-moderada en niños y adolescentes en los centros de salud mental infantojuvenil (CSMIJ).

Los grupos de intervención inicial breve (GIIB) son una propuesta terapéutica cuya finalidad es dar tratamiento efectivo y eficiente a estos pacientes y sus familias mediante una intervención grupal de corta duración.

La metodología empleada es a través de la mentalización, observación clínica, confrontación, clarificación, transferencia y dinámica de grupos.

Se realizan 3 grupos paralelos (padres e hijos) de 5 a 8 integrantes según nivel evolutivo (4-7 años, 8-11 años y 12-15 años). Se realiza una visita pre-grupo, luego 6 sesiones grupales semanales y una sesión final de devolución individual. Una vez finalizado el proceso, se puede dar el alta o derivar al tratamiento convencional en CSMIJ.

Los criterios de exclusión son: TMG (trastorno mental grave), haber realizado un tratamiento previo en CSMIJ (centro de salud el retraso mental).

Presentaremos los resultados de los grupos realizados entre 2016 y 2017, destacando un menor tiempo de tratamiento, adecuada efectividad y una menor desvinculación que el tratamiento convencional.

EVALUACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA TDAH PASADA Y ACTUAL EN LOS PROGENITORES DE NIÑOS CON TDAH FRENTE A LA POBLACIÓN GENERAL

PRIMER AUTOR: Inmaculada Insa Pineda, Psiquiatra adjunta CSMIJ Mollet del Vallès, Hospital Sant Joan de Déu

Otros Autores: Anna Huguet Miguel, Marta Chamorro Fernández, Marta Espadas Tejerina, José Ángel Alda Díez

RESUMEN:

Introducción:

El TDAH es un trastorno complejo y heterogéneo que no es explicable por una sola causa sino por una serie de vulnerabilidades neurobiológicas y psicosociales que interactúan en diferente grado y forma ⁽¹⁾. Varios estudios apuntan a una heredabilidad del 70% ⁽²⁾ por lo que es esperable encontrar una mayor incidencia de síntomas TDAH entre los progenitores de los pacientes identificados.

Objetivo:

Analizar la presencia de sintomatología nuclear del TDAH en el pasado y en la actualidad en un grupo de progenitores con hijos con TDAH frente a la población general

Material y métodos:

Estudio transversal, observacional, naturalístico y descriptivo caso-control en el que se reclutó una muestra formada por los progenitores de 60 niños con nuevo diagnóstico de TDAH evaluados en la Unidad de TDAH del Hospital Sant Joan de Déu. El grupo control estaba formado por los progenitores de 60 niños pareados por edad y género con la muestra, reclutados en los mismos centros educativos que los casos. A los progenitores se les administró el Cuestionario Wender Utah Rating Scale (WURS) y el Attention of Deficit Disorders rating scale (ADHD-rs) para adultos.

Resultados:

Se realizó un diagnóstico retrospectivo de TDAH en la infancia en el 20,3% de las madres del grupo casos, no encontrándose ningún probable caso en el grupo control. Por lo que respecta a los padres, se encontró una prevalencia de diagnóstico retrospectivo de TDAH del 25% entre los progenitores del grupo casos frente al 10% entre los padres del grupo control, ($p < 0,01$ y $p = 0,03$, respectivamente). Al analizar la sintomatología actual del TDAH (ADHD-rs adultos) un 18,3% de las madres del grupo caso cumple criterios de frente al 1,7% en el grupo control y, entre los padres del grupo con hijos con TDAH el 16,7% cumple criterios en comparación al 1,7% en el grupo control, ($p < 0,01$ en ambos progenitores).

Discusión:

Los progenitores de niños con TDAH presentan prevalencias más elevadas de diagnóstico retrospectivo de TDAH en la infancia y de diagnóstico de TDAH en la actualidad en comparación con los progenitores de niños sin TDAH. Altos niveles de síntomas de TDAH en los padres pueden agravar las prácticas de crianza negativas así como alterar los patrones de interacciones entre padres e hijos.

Bibliografía:

1. Quintero Gutiérrez del Álamo FJ, Correas J, Quintero Lumbreras FJ. Trastorno Por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) a Lo Largo de La Vida. Elsevier Masson
2. Hudziak JJ, Heath AC, Madden PF et al. Latent Class and Factor Analysis of DSM-IV ADHD: A Twin Study of Female Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37(8):848-857. doi:10.1097/00004583-199808000-00015

CO2

FACTORES RELACIONADOS CON LAS ALTERACIONES DEL SUEÑO EN NIÑOS CON TDAH DE RECIENTE DIAGNÓSTICO VERSUS CONTROLES SANOS

PRIMER AUTOR: Marta Chamorro Fernández, Psiquiatra. Centro de Salud Mental Infanto-juvenil del Hospital Sant Joan de Dèu de Barcelona

Otros Autores: Imma Insa Pineda, Anna Huguet de Miguel, Marta Espadas Tejerina, José Ángel Alda Díez

RESUMEN:

Introducción:

Los problemas del sueño son comunes en niños diagnosticados de TDAH, sin embargo, los estudios que examinan dicha asociación muestran resultados inconsistentes.

Objetivos:

- Caracterización de los patrones de sueño en niños de reciente diagnóstico de TDAH sin tratamiento farmacológico comparado con niños sanos utilizando actigrafía y la escala Sleep Disorder Scale for Children (SDSC).
- Relación de los factores biopsicosociales influyentes en las características del sueño de los niños con TDAH y los controles sanos.

Métodos:

estudio transversal, caso-control. Los casos fueron niños con TDAH de reciente diagnóstico procedentes de la Unidad de TDAH del Hospital Sant Joan de Dèu de Barcelona.

Resultados:

El 55% de los niños con TDAH presentaba alteraciones en el sueño según la puntuación total de la escala SDSC en comparación con un 3.33% de los sanos. Los niños con TDAH presentan según las subescalas de SDSC, mayores problemas en el inicio y mantenimiento del sueño ($p<0.001$), mayores problemas respiratorios ($p=0.003$), más alteración de la transición sueño-vigilia ($p<0.001$), excesiva somnolencia diurna ($p<0.001$) e hiperhidrosis del sueño ($p=0.001$). Sin embargo, no se observan diferencias significativas entre ambos grupos en ninguno de los parámetros de la actigrafía. No se han encontrado asociaciones significativas entre los parámetros de la actigrafía y los factores biopsicosociales. Las variables que predicen mayores alteraciones subjetivas de sueño en el grupo de los niños con diagnóstico de TDAH son los trastornos de ansiedad ($B=11.29$; $t=3.74$; $p<0.01$) y los trastornos por tics comórbidos ($B=11.74$; $t=2.28$; $p=0.03$); la presencia de síntomas de somatización en la madre ($B=3.25$; $t=4.73$; $p<0.01$) y los síntomas de depresión en la madre ($B=-2.16$; $t=-2.10$; $p=0.04$).

Conclusiones:

Los resultados del análisis del sueño en los niños con TDAH resultan dispares según se midan por métodos objetivos o subjetivos. A través de la actigrafía no se encuentran alteraciones en el sueño, mientras que, por métodos subjetivos, los niños diagnosticados de TDAH presentan, mayor somnolencia excesiva diurna y más problemas en el inicio y mantenimiento del sueño. Las alteraciones subjetivas del sueño pueden estar mediadas por factores biopsicosociales, como la comorbilidad y la patología mental parental. Para una correcta evaluación del sueño en niños diagnosticados de TDAH, es importante el análisis socio-familiar y la combinación de varios métodos de medida.

CO3

ABORDAJE DE PATOLOGÍA RESISTENTE Y CRIBADO POBLACIONAL DE PSICOSIS EN LA ADOLESCENCIA. (PROGRAMA DE TRANSICIÓN & PRIMEROS CONSUMOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO)

PRIMER AUTOR: Elias Garcia Martin de la Fuente, FEA Psiquiatría Programa de Transición & Primeros Consumos del Complejo Hospitalario de Toledo

Otros Autores: María Garcia Martin, Paloma Barredo de Valenzuela, David Rodriguez Barredo, Marta Soto Laguna, Gema Belmonte Garcia, Manuel Fernandez Torija Daza.

RESUMEN:

Introducción:

desde hace 2 años el CHT ha iniciado un programa específico dirigido a población adolescente que intenta resolver:

- la demora en la detección y atención de patologías graves (ya presentes en adolescencia pero que no entran en el circuito de Salud Mental hasta la edad adulta)
- la cronificación de patologías ya detectadas y tratadas previamente que se repiten a lo largo del desarrollo mostrando la falta de eficiencia de las intervenciones disponibles para modificar el curso (ingresos repetidos...)

Material/Métodos:

-los datos disponibles de los programas de cribado poblacional para el grupo de psicosis (esquizofrenia, TBP...) muestran como fracasan de forma repetida para acortar los plazos en la detección/ tratamiento.

Nuestra hipótesis es que usando un marcador de patología: el consumo, se podría resolver dicho problema, porque sabemos por diferentes series como hasta un 60% de los pacientes consumidores presentan patología concomitante, siendo el problema que no hay programas clínicos de cribado en este grupo, sino que las políticas sanitarias se han enfocado, siguiendo el modelo islandés, hacia medidas psicosociales centradas en el consumo que no criban otras patologías.

Para ello evaluamos pacientes con multas administrativas por consumo y casos leves que habitualmente llevaban los programas psicoeducativos.

-si analizamos las intervenciones realizadas en pacientes con patología resistente, observamos cómo estas se centran en medidas aisladas: psicofarmacologías, psicoeducativas o psicoterapéuticas desde distintos enfoques, eficaces transversalmente y poco iatrógenas, pero que no siempre remiten el curso.

Nuestra propuesta es:

- modelo de encuadre abierto.
- dx jerárquico-evolutivo.
- intervención dx/terapéutica transdisciplinar (programa multiintervención breve) que combina intervenciones familiares, individuales, psicoeducativas y psicofarmacológicas, intensivas y de alta frecuencia, sobre el paciente y el medio realizadas por diferentes profesionales.

Resultados:

Analizamos estadísticamente los primeros 120 pacientes vistos:

- 11% de casos de psicosis vs 3,5% de poblaciones clínicas (más relevante aún dado no es población clínica)
- edad media 16,7
- 63% de todos los casos de intervenciones previas ineficaces en la modificación del curso.
- el análisis de factores de riesgo:
 - 36% con al menos uno//9% con dos o mas
 - maltrato (físico/sexual)
 - negligencia en cuidados
 - acoso escolar.
- familiares:
 - 11,6% consumo.
 - 3% psicosis
 - 10% afectivos
 - 5% consumo más psicosis
 - 5% consumo más afectivo
 - 2,5% afectivo, psicosis, consumo

...

Discusión:

Los primeros resultados longitudinales por casos muestran que es necesario implementar programas específicos de intervención para la etapa adolescente como un medio de lograr :

- intervenciones precoces
- que puedan modificar el curso.

CO4

ESTUDIO OBSERVACIONAL DEL CONSUMO DE TABACO EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE SALUD MENTAL INFANTO -JUVENIL

PRIMER AUTOR: Ana María Molano Beteta, Diplomada en Enfermería, Especialista en Salud Mental, Hospital Sant Joan de Déu

Otros Autores: Anna Huguet Miguel, Ángeles López Ponce Laura Cañas Vinader, Josep Lluís Matalá Costa, Silvia López Martínez, Anna Blasco Martínez.

RESUMEN:

El actual Plan de Salud de Cataluña (2016-2020) considera la prevención del tabaquismo un objetivo principal de la Salud Pública, considerándose en la actualidad, uno de los mayores problemas de salud crónicos. En los últimos años, se ha observado una mayor sensibilización social y se han desarrollado actuaciones específicas para el control del tabaquismo. En población general de Cataluña mayor de 15 años, entre 2011 y 2014, se redujo el consumo de tabaco del 35.8% al 31.8% en hombres y del 23.4% al 20.3% en mujeres. El principal objetivo para el 2020 es reducir por debajo del 24% la prevalencia del tabaquismo e impulsar un programa específico a nivel escolar para la promoción de la salud y la prevención del consumo. La Ley española 42/2010 prohíbe fumar en centros sanitarios. Por este motivo, el ingreso en una unidad de agudos infanto-juvenil supone una oportunidad para la reducción del consumo, los pacientes se encuentran en un espacio donde no pueden fumar y un equipo interdisciplinar atiende sus necesidades.

La presente investigación se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal (2015-2018) configurado por una muestra de 223 adolescentes (edad media 15.7 años) consumidores de tabaco y evaluados en una unidad de agudos infanto-juvenil. El principal objetivo es analizar las diferencias estadísticas entre las diferentes variables recogidas.

La edad de inicio de consumo es de 13 años, con un mínimo de 6 y máximo de 19 años. El 93.7% consume tabaco diariamente y el 38.6% ha realizado algún periodo de abstinencia. El 86.1% consume algún otro tipo de sustancia. La puntuación media obtenida en la escala Fagerstrom es de 4.18 (adicción baja-media). En la escala Richmond de 2.73 (baja motivación para dejar de fumar). El 60% tienen progenitores que fuman. Las comorbilidades psiquiátricas más prevalentes son psicosis, trastorno de conducta y trastorno depresivo. Organizando la muestra por años (2015-2018), únicamente se han observado diferencias significativas en comorbilidad psiquiátrica ($p=.021$) y valoración clínica que se realiza al ingreso en la unidad ($p=.002$).

En la actualidad, consideramos importante disponer de datos sociodemográficos y clínicos de población infanto-juvenil consumidora de tabaco. Con esta información, se podrían desarrollar intervenciones tempranas mediante programas de intervención específicos que promuevan hábitos de vida saludables y reducir la prevalencia de consumo.

CO5

DESARROLLO DE UNA INTERVENCIÓN ONLINE PARA ADOLESCENTES CON UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO: THINK APP

PRIMER AUTOR: Andrea Trujillo Estrada, Personal Investigador. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Internacional de La Rioja (UNIR).

OTROS AUTORES: Teresa Sánchez-Gutiérrez, Sara Barbeito, María Mayoral, Celso Arango, Ana Belén Calvo

RESUMEN:

Introducción:

Las intervenciones online pueden proporcionar a los pacientes intervenciones personalizadas, flexibles dentro de su comunidad. Estudios previos han mostrado una mejoría en el acceso al tratamiento a través de estas intervenciones en pacientes con trastorno mental grave, especialmente en pacientes jóvenes. El objetivo de este estudio es desarrollar una intervención online basada en una aplicación móvil para mejorar el funcionamiento de adolescentes con un Primer Episodio Psicótico (PEP) en su entorno. Las intervenciones basadas en aplicaciones móviles podrían aumentar la calidad de vida, la conciencia de enfermedad, la adherencia al tratamiento, reducir la frecuencia de las recaídas o los reingresos de los adolescentes con PEP.

Método:

Desarrollar una intervención online para pacientes con PEP con edad comprendida entre 14 y 19 años que acuden al Servicio de Psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón de Madrid. La intervención online a través de una aplicación móvil para Android y iPhone, con un soporte web y una aplicación para su administración. El diseño de la aplicación, su funcionalidad, la interfaz y la interacción del usuario, fueron desarrollados para maximizar la experiencia del usuario y favorecer la adherencia al tratamiento.

Resultados:

La intervención online estaba integrada por cinco módulos de tratamiento: 1) Módulo de psicoeducación. Se centra en mejorar la conciencia de la enfermedad, la adherencia al tratamiento, la identificación de prodromos, la prevención de recaídas, fomentando estilos de vida saludables a través del desarrollo de habilidades de sociales, de técnicas para el control de la ansiedad, la resolución de problemas y el conocimiento de los riesgos asociados al consumo de sustancias. Los temas se presentan a través de videos de duración corta (entre 2 y 3 minutos aproximadamente) en formato cómic, que fueron creados por psicólogos especialistas en el tratamiento de la psicosis temprana. Tras la reproducción de cada video, se ofrece un cuestionario que permite evaluar el conocimiento adquirido. 2) Módulo de reconocimiento de síntomas y prevención de recaídas. Constituido por un sistema de alertas con las que el paciente puede controlar semanalmente sus síntomas, así como crear sus propias alertas personales. El módulo devuelve recomendaciones específicas. 3) Módulo de resolución de problemas. Un muro social en el que los participantes pueden compartir sus problemas y preguntar a los otros participantes por posibles soluciones. 4) Módulo de Mindfulness. A través de un video explica el concepto de atención plena y cómo aprender a desarrollarla. Además, ofrece diferentes audios con ejercicios para favorecer la práctica de diferentes técnicas como el control de la respiración y la atención o la autocompasión. 5) Módulo de contacto social en el que los pacientes pueden usar el muro para compartir sus intereses, actividades o hobbies. Es un espacio donde comunicarse con los demás participantes, compartiendo de sus propias experiencias y preferencias.

Discusión:

Se trata de un estudio innovador, que desarrolla una intervención psicológica online a través de una aplicación móvil específicamente diseñada para adolescentes con PEP.

CO6

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ESTADOS MENTALES DE ALTO RIESGO (EMARS) EN INFANTO-JUVENIL. EXPERIENCIA DE 1 AÑO.

PRIMER AUTOR: Estefania Gago Quintela, Psiquiatra – CSMIJ Parc Tauli (Sabadell, Barcelona)

OTROS AUTORES: Maria José Miñano, Sara Perez, Maria Dolores Berbiela, Montserrat Pamiás, Javier Labad

RESUMEN:

Desde la década de los noventa se han ido desarrollando unidades de atención en primeros episodios psicóticos para promover el diagnóstico precoz, disminuir la duración de la psicosis no tratada y detener/aminorar el curso clínico de estos trastornos crónicos y deteriorantes. Progresivamente se ha ido prestando atención a las fases previas e iniciales de la psicosis (premórbida y prodrómica) identificándose una población de mayor riesgo de desarrollar psicosis denominada estado mental de alto riesgo (EMARS) que además presenta riesgo aumentado a presentar otros trastornos mentales, persistencia de síntomas psicóticos atenuados y funcionamiento psicosocial pobre.

La unidad de salud mental infanto-juvenil del Parc Tauli ofrece atención especializada a menores de 18 años del área geográfica de Sabadell (Barcelona). En Noviembre 2017 desarrollamos el programa de detección y tratamiento de EMARS. Este programa se divide a su vez en dos grupos. Los pacientes con edades entre 16-18 años entran a formar parte del programa de primeros episodios – EMARS (TEIP3) que da asistencia los pacientes de hasta 35 años y los pacientes menores de 16 años que son atendidos por las referentes de psicosis del servicio infanto-juvenil siendo en los dos casos las mismas profesionales, psicóloga y psiquiatra infanto-juvenil.

El objetivo de esta comunicación es presentar nuestro programa, los resultados obtenidos en poco más de un año, la caracterización de la población de riesgo (edad, género, diagnósticos y tratamientos previos, consumo de cannabis y antecedentes traumáticos), comentar de forma crítica la relevancia de la detección precoz y tratamiento de esta población y revisar las recomendaciones internacionales sobre el tratamiento de población EMARS infanto-juvenil.

Los pacientes son derivados al equipo por sospecha de sintomatología psicótica, psicótica atenuada o declive funcional significativo con antecedentes familiares de primer grado de psicosis. La evaluación inicial por las responsables del programa se realiza en 7 días y consiste en una entrevista de 60 -90 minutos de duración en la que realiza la recogida de la anamnesis con los padres/tutores y una entrevista semiestructura “ Comprehensive Assessment of At Risk Mental States” (CAARMS, Yung 1998) con el paciente.

La inclusión en el programa se hace en función de los criterios de Yung (1998): 1) Grupo de riesgo genético (GRFD), familiar de primer grado con diagnóstico de psicosis o esquizotipia en el paciente. 2) Síntomas psicóticos atenuados (APS), que no alcanzan el umbral de intensidad/frecuencia de psicosis que se han desarrollado/agravado en los últimos 12 meses. 3) Episodio psicótico breve, intermitente autolimitado (BIPS), sintomatología psicótica franca durante no más de una semana que se resuelve de forma espontánea sin tratamiento. En todos los casos debe existir un declive funcional significativo de cómo mínimo un 30% en la escala de funcionamiento global- GAF (Global Assessment of Functioning).

Entre noviembre 2017 - febrero 2018 hemos realizado 71 entrevistas de evaluación a pacientes de entre 9 y los 18 años, 23 de los cuales cumplían criterios diagnósticos de EMARS y, por tanto, iniciaron seguimiento en nuestro programa. Se les realizó un estudio cognitivo, tratamiento psicológico individualizado y farmacológico de los síntomas.

PROGRAMA DE ENLACE EN EL TRASPLANTE PEDIÁTRICO DE ÓRGANO SÓLIDO

PRIMER AUTOR: Mireia Forner Puntonet, Adjunta, psicóloga clínica infantojuvenil. Hospital Universitari Vall Hebrón (Barcelona).

OTROS AUTORES: Laura Gisbert Gustemps, Benjamin Lara y Castillo, Gemma Parramón Puig, J. Antoni Ramos-Quiroga

RESUMEN:

Introducción:

El trasplante de órgano sólido (TOS) se ha convertido en una opción terapéutica para diferentes patologías cuando los tratamientos médicos o quirúrgicos no son una opción para garantizar la supervivencia de los pacientes (Workman et al, 2013).

Según la Organització Catalana de Trasplantaments (OCATT, 2018) en Cataluña en el 2018 se han realizado 1.149 trasplantes, un 3.9% más que en el año 2017, deviniendo desde hace años referente internacional en el ámbito de trasplantes y donación de órganos. Según datos del mismo organismo, a nivel pediátrico, el año pasado se realizaron 53 trasplantes: 25 de riñón, 15 de hígado, 8 de corazón y 5 de pulmón.

Recibir un TOS supone un cambio de una enfermedad que supone un peligro para la vida del paciente a una condición de salud crónica. Distintos autores (Limbers et al., 2011; Todaro et al., 2000; Anthony et al., 2014) han estudiado el impacto que tiene el proceso de trasplante en la calidad de vida de estos sujetos, así como la presencia de psicopatología en pacientes y familiares a lo largo del proceso.

Objetivo:

Estudiar las características clínicas y sociodemográficas de niños, adolescentes y sus familiares que entran en lista de espera de trasplante (renal, hepático, pulmonar o cardíaco) en el Hospital Universitari Vall Hebrón de Barcelona.

Método:

Estudio transversal y descriptivo. La muestra consta de 81 pacientes, niños y adolescentes entre 0 y 17 años, y sus familiares. Los pacientes y sus familiares han sido evaluados pre-trasplante mediante la entrevista clínica K-SADS y la administración de cuestionarios que evalúan sintomatología depresiva, ansiosa, atención, funciones ejecutivas y calidad de vida.

Resultados:

La media de edad de los pacientes atendidos es de 9.3 años. El motivo de derivación al programa ha sido en un 31% de los casos para realizar una valoración psicopatológica previa al trasplante, en un 29% para dar soporte al cuidador principal, en un 10% para realizar una evaluación psicopatológica post-trasplante, en un 10% por sintomatología depresiva en el paciente, en un 9% por problemas conductuales en el niño o adolescente, en un 5% por sintomatología ansiosa, entre otros. Un 47% de los pacientes y familias derivados al programa han requerido de una intervención psicológica y un 15% de un tratamiento farmacológico psiquiátrico.

Conclusiones:

Los resultados obtenidos muestran el impacto del proceso de trasplante en el sistema familiar y la importancia de una evaluación previa para intervenir de forma temprana en los sujetos y familiares que presentan psicopatología previa o dificultades en la adaptación al proceso médico.

Referencias bibliográficas:

- Anthony, S. J., Annunziato, R. A., Fairey, E., Kelly, V. L., So, S., & Wray, J. (2014). Waiting for transplant: physical, psychosocial, and nutritional status considerations for pediatric candidates and implications for care. *Pediatric transplantation*, 18(5), 423-434.
- Limbers, C. A., Neighbors, K., Martz, K., Bucuvalas, J. C., Webb, T., Varni, J. W., & Alonso, E. M. (2011). Health-related quality of life in pediatric liver transplant recipients compared with other chronic disease groups. *Pediatric transplantation*, 15(3), 245-253.
- Organització Catalana de Trasplantaments (OCATT, 2018). Presentación de la actividad de donación y trasplante en Cataluña, 2018.
- Todaro, J. F., Fennell, E. B., Sears, S. F., Rodrigue, J. R., & Roche, A. K. (2000). Cognitive and psychological outcomes in pediatric heart transplantation. *Journal of pediatric psychology*, 25(8), 567-576.
- Workman J.K., Myrick C.W., Meyers R.L., Bratton S.L., & Nakagawa T.A. (2013) Pediatric organ donation and transplantation. *Pediatrics*, 131: 1723–1730.

INGRESOS HOSPITALARIOS EN ADOLESCENTES DE 14-17 AÑOS EN 2018 EN LA PROVINCIA DE MÁLAGA. ANÁLISIS DE LA DEMANDA Y REFLEXIÓN SOBRE LAS NECESIDADES.

PRIMER AUTOR: María Fernández Romero, MIR Psiquiatría. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J). Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

OTROS AUTORES: Isabel Hernández Otero

RESUMEN:

En Andalucía existe una gran heterogeneidad en los recursos de atención de Salud Mental a niños y adolescentes con patología psiquiátrica. El Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020 (III PISMA) es fruto de la prioridad, tanto del gobierno andaluz en general, como del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) en particular, por la atención a la salud mental de la población. Sin embargo no se contemplan en dicho plan recursos de hospitalización específica para menores con trastornos mentales, siendo limitados los existentes, únicamente a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Jaén (Hospital Neurotraumatológico), con 10 camas, y 5 camas de hospitalización en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria de Málaga, dependiendo estructuralmente de la USMIJ correspondiente, no dotadas de personal específico.

Realizamos a continuación un análisis de la asistencia realizada en las camas de hospitalización de la USMI-J del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga durante el año 2018.

Estudio observacional longitudinal, incluyendo todos los ingresos Hospitalarios por patología psiquiátrica según CIE-10 en menores de 14 a 17 años, desde el año 2018, en la provincia de Málaga. Algunos datos se compararán con los datos disponibles a nivel nacional.

Resultados:

En 2018 un total de 28 pacientes ingresaron en las 5 camas de hospitalización pertenecientes a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J) del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. Sólo pacientes que residían en la provincia tenían acceso a dicha hospitalización. Las camas no disponen de dotación de personal específico, pasando a hacerse cargo de los ingresos el personal sanitario que habitualmente realiza sus funciones en las Consultas Externas y Hospital de Día de dicha USMI-J.

De los 28 pacientes ingresados, un 53% padecían un trastorno psicótico, siendo los Trastornos del Desarrollo el segundo diagnóstico más frecuente, seguido por los Trastornos Afectivos. Un 62% de pacientes no tenían seguimiento previo en dicha Unidad, por lo que la mayoría de los ingresos fueron no programados. La edad media de los pacientes ingresados era de 16 años, y la mayoría eran varones.

En Andalucía los trastornos mentales hay aumentado un 13% en el último año en población infanto-juvenil, siendo el aumento de recursos claramente inferior a las necesidades detectadas.

P1

ANÁLISIS DE LOS SÍNTOMAS TDAH, EL NIVEL ACADÉMICO ADQUIRIDO Y LA NECESIDAD DE PRESTACIÓN POR DESEMPLEO EN PROGENITORES DE NIÑOS CON TDAH

PRIMER AUTOR: Inmaculada insa Pineda, Psiquiatra adjunto CSMIJ Mollet del Vallés, Hospital Sant Joan de Déu

OTROS AUTORES: Anna Huguet Miguel, Marta Chamorro Fernández, Marta Espadas Tejerina, José A. Alda Diez

RESUMEN:

Introducción:

Existen vulnerabilidades neurobiológicas y factores psicosociales que interactúan en diferente grado y forma en la génesis del TDAH. Varios estudios apuntan a una heredabilidad del 70% ⁽¹⁾ por lo que es esperable encontrar una mayor incidencia de síntomas TDAH entre los progenitores de pacientes identificados. El estatus socio-económico bajo representa un factor de riesgo para el desarrollo de TDAH en los hijos, con un promedio de 1.85-2.21 más probabilidades de tener TDAH ⁽²⁾.

Objetivos: Analizar la presencia de sintomatología nuclear del TDAH en el pasado, el nivel académico adquirido y la necesidad actual de prestación por desempleo en un grupo de progenitores con hijos con TDAH frente a la población general

Material y método:

Estudio transversal, observacional y descriptivo caso-control de una muestra formada por los progenitores de 60 niños con nuevo diagnóstico de TDAH evaluados en la Unidad de TDAH del Hospital Sant Joan de Déu y un grupo control formado por los progenitores de 60 niños pareados por edad y género y reclutados de los mismos centros educativos que los hijos del grupo casos. A los progenitores se les administró el Cuestionario Wender Utah Rating Scale (WURS).

Resultados:

Se encontró un 20,3% de madres del grupo casos con sintomatología sugestiva de TDAH retrospectivo frente al 0% en el grupo control, siendo las diferencias encontradas estadísticamente significativas ($p < 0,01$). Por lo que respecta a los padres, el 18,3% del grupo control presentaba síntomas de TDAH en la edad infantojuvenil frente al 1,7% del grupo control ($p < 0,01$).

El nivel académico adquirido por los progenitores del grupo casos es inferior al nivel adquirido por los progenitores del grupo control, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$ para ambos géneros). Existe una mayor percepción de prestación por desempleo en el grupo control ($p = 0,02$)

Discusión/conclusiones:

Los progenitores de niños con TDAH presentan prevalencias más elevadas de diagnóstico retrospectivo de TDAH, han adquirido un menor nivel académico y requieren con más frecuencia el subsidio de prestación por desempleo. Podemos concluir que el trastorno comporta importantes repercusiones socioeconómicas a nivel longitudinal por lo que resulta imprescindible una detección temprana y la puesta en marcha de programas académicos y adaptaciones con el fin de mejorar la formación adquirida y consecuentemente el estatus socio-económico.

Referencias bibliográficas:

1. Hudziak JJ, Heath AC, Madden PF et al. Latent Class and Factor Analysis of DSM-IV ADHD: A Twin Study of Female Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37(8):848-857. doi:10.1097/00004583-199808000-00015
2. Russell AE, Fort T, Williams R, Russell G. The Association Between Socioeconomic Disadvantage and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A Systematic Review. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2016; 47 (3):440-458. doi:10.1007/s10578-015-0578-3

P2

DE LA GENÉTICA AL AUTISMO

PRIMER AUTOR: Carlos Enrique Alemán Santana, Psiquiatra Infante –Juvenil USM de Vecindario (Gran Canaria)

OTROS AUTORES: Guillermo Pirez Mora, Eva María Amador Gil

RESUMEN:**Introducción:**

Los estudios genéticos en humanos han identificado la proteína de unión al ARN neuronal, Rbfox₁, como un gen candidato para los trastornos del espectro autista y otros trastornos del neurodesarrollo. Mientras que Rbfox1 funciona como un regulador de empalme en el núcleo, también se empalma alternativamente para producir isoformas citoplásmicas.

OBJETIVO: Presentación de un caso clínico de una paciente adolescente con autismo y mutación en el gen RBFOX₁, así como una revisión de la literatura científica sobre el tema.

Material y método:

Revisión de la literatura científica internacional publicada en los últimos años acerca del tema propuesto.

Resultados:

Paciente mujer de 14 años que como antecedentes destacados presenta retraso en el crecimiento, empezando a los 3 años con hormona del crecimiento y retraso mental leve. Se le realiza estudio genético encontrando una mutación en el gen Rbfox₁.

La paciente muestra fenotipo peculiar, cierta timidez, con escasa fluidez del lenguaje que en ocasiones es reiterativo y con obsesiones que van cambiando con el tiempo. Presenta muchos miedos que afectan a su vida diaria (ascensor, tráfico, conglomeraciones de gente, etc). En estos episodios de miedo tiende a estar ansiosa pero sin llegar a agredirse, realizando conductas de evitación. Muestra cierta psicorrigidez, con dificultades para entender las normas y la ironía. No le gusta dormir sola, tiene gran apego hacia un muñeco que le acompaña a todas partes.

A nivel escolar se encuentra con adaptación curricular, escaso círculo de amigos, con escasas habilidades sociales.

Desde salud mental se está realizando un trabajo combinado con psicoterapia y tratamiento farmacológico (sertralina 50 mg (1-0-0)).

Discusión/conclusiones:

RBFOX₁ es un factor de empalme de ARN que regula la expresión de redes genéticas grandes durante el desarrollo neuronal temprano y la haploinsuficiencia causa fenotipos de neurodesarrollo severos que incluyen el trastorno del espectro autista (TEA), la discapacidad intelectual y la epilepsia. Las pruebas genómicas en individuos y grandes cohortes de pacientes han identificado casos fenotípicamente similares que poseen variaciones en el número de copias en RBFOX₁, lo que implica al gen como una causa importante de enfermedad del neurodesarrollo. Sin embargo, una proporción significativa de la variación estructural observada se hereda de individuos fenotípicamente normales, lo que genera dudas con respecto a la patogenicidad general de la variación en el locus RBFOX₁.

Referencias bibliográficas:

1. Essential role of the nuclear isoform of RBFOX1, a candidate gene for autism spectrum disorders, in the brain development. Hamada N1,2, Ito H1. Sci Rep. 2016 Aug 2;6:30805. doi: 10.1038/srep30805.
2. Rbfox1 Regulates Synaptic Transmission through the Inhibitory Neuron-Specific vSNARE Vamp1. Vuong CK1, Wei W2, Lee JA3. Neuron. 2018 Apr 4;98(1):127-141.e7. doi: 10.1016/j.neuron.2018.03.008.

P3

EFFECTO SECUNDARIO DE NEUROLÉPTICO EN PACIENTE ADOLESCENTE

PRIMER AUTOR: Carlos Enrique Alemán Santana, Psiquiatra Infanto –Juvenil USM de Vecindario (Gran Canaria)

OTROS AUTORES: Guillermo Pirez Mora, Eva María Amador Gil

RESUMEN:

Introducción:

La psoriasis es una enfermedad crónica e inflamatoria de base genética que afecta a la piel cursando lesiones de tipo escamativo e inflamatoria. Una revisión sistemática de los estudios internacionales basados en la población encontró amplia variación en la prevalencia mundial, donde la localización geográfica influye en la probabilidad de padecerla y tiende a aumentar con el aumento de la distancia desde el Ecuador.

Numerosos fármacos (litio, neurolepticos, betabloqueantes, fármacos antimaláricos, AINEs y tetraciclinas), pueden desencadenar la enfermedad en sujetos sin antecedentes personales, agravar las manifestaciones clínicas o reactivar la sintomatología en sujetos en fase de remisión.

Objetivo: Se presenta un caso clínico de una paciente con esquizofrenia destacando la aparición de psoriasis pustulosa secundaria a neurolepticos en varios ingresos en UIB.

Material y método:

Revisión de la literatura científica internacional publicada en los últimos años acerca del tema propuesto, así como la presentación de un caso clínico.

Resultados:

Presentamos a una paciente de 16 años con diagnóstico de esquizofrenia hebefrénica con varios ingresos en UIB de psiquiatría.

En los diferentes ingresos se presentan dos problemas importantes: la gran sensibilidad a neurolepticos (provocando muchos cambios de los mismos y finalmente la aplicación de TEC) y complicaciones a nivel orgánico de carácter grave (síndrome de ovarios poliquísticos, dermatitis seborreica, probable encefalopatía por clozapina y psoriasis pustulosa).

Entre estas complicaciones orgánicas destacamos la psoriasis pustulosa, que cursó con gran afectación corporal, con presencia de placas eritematosas levemente descamativas y con lesiones pustulosas en superficie que provoca hipotermia en la paciente por su gran extensión cutánea. Esta psoriasis se desarrolló con la introducción de amisulpride y posteriormente con clozapina (indujo estado encefalopático con presencia de crisis convulsivas), obligando a retirar ambos neurolepticos.

Para su tratamiento se pautó corticoides tópicos a altas dosis, que indujeron una insuficiencia suprarrenal aguda, que se resuelve al retirarlos. Posteriormente se administra metotrexate (5 mg dos veces al día) con muy buena respuesta y mejoría rápida de las lesiones cutáneas y recuperando la normotermia.

Discusión/conclusiones:

Los datos aportados por la literatura sugieren que no se conoce completamente el papel de varios psicofármacos en la inducción o exacerbación de la psoriasis. Sin embargo, se pueden encontrar muchos casos donde algunos de éstos han influido en la aparición o empeoramiento de la enfermedad (destacando el litio, la olanzapina o también la combinación de olanzapina con propanolol).

Por ello, se pone de relieve la necesidad de tomar precauciones y realizar un seguimiento estrecho en el tratamiento farmacológico de los pacientes con psoriasis o una historia familiar de la enfermedad.

Referencias bibliográficas:

1. Latini A; Carducci M. Psoriasis during therapy with olanzapine. PMID: 12948926 (PubMed).
2. Adams BB, Mutasim DF. Pustular eruption induced by olanzapine, a novel antipsychotic agent., J Am Acad Dermatol. 2009 Nov; 41(5 Pt 2):851-3

P4

GENÉTICA CLÍNICA: PRÁCTICA ACTUAL Y OPINIONES ENTRE LOS PSIQUIATRAS INFANTO-JUVENILES EN ESPAÑA

PRIMER AUTOR: Óscar Herreros, Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada

OTROS AUTORES: Ana Patricia Vázquez González, Tomás J. Cantó Díez, M^a Dolores Moreno Par-dillo, Francisco Díaz Atienza

RESUMEN:

Introducción:

La genética clínica es una realidad cada vez más útil para el diagnóstico médico de los pacientes en Psiquiatría Infanto-Juvenil. Así, por ejemplo, un 10-15% de los niños afectados de Trastornos del Espectro Autista presentan una anomalía genética diagnóstica detectable mediante CGH-arrays, y al menos otro 20% pueden presentar un SNP causal (polimorfismo de un solo nucleótido).

Frente a esto, en general da la impresión de que es una costumbre extendida entre la Psiquiatría dejar el diagnóstico médico (“biológico”) en manos de otros especialistas. A fin de confirmar o desmentir esto, así como de conocer el uso habitual de las pruebas genéticas en la Psiquiatría Infanto-Juvenil, y las opiniones de los profesionales respecto a este uso, se distribuyó un cuestionario autoadministrado entre profesionales de la Psiquiatría Infanto-Juvenil en España..

Material y método:

Se diseñó un cuestionario ad-hoc, autoadministrado, a través de la herramienta on-line GOOGLE-FORMS, de 17 preguntas, que incluía preguntas sobre datos generales del ejercicio profesional del entrevistado, sobre su opinión sobre la utilidad presente y futura del diagnóstico genético en la Psiquiatría Infanto-Juvenil, sobre la disponibilidad de este en su centro de trabajo, sobre su práctica habitual para obtener un diagnóstico genético (solicitud propia de pruebas, derivación a otros especialistas), y sobre su opinión acerca de si el diagnóstico genético debe estar a cargo, o no, del propio psiquiatra. Este cuestionario se distribuyó entre profesionales de la Salud Mental Infanto-Juvenil de España para ser completado on-line, por dos vías: a través de correo electrónico entre los socios de las dos sociedades específicas existentes en España (AEPNyA y SEPYPNA), enviado desde sus correspondientes secretarías técnicas, y a través de un link directo al cuestionario entre un grupo de whatsapp que agrupa a más de 250 profesionales.

Resultados:

En la actualidad aún se está en proceso de recepción de respuestas, por lo que los datos referidos son provisionales. Con 128 respuestas recibidas, destaca que:

- 1) más del 90% de los participantes consideran que en el futuro el diagnóstico genético será útil para familiares y para su práctica clínica;
- 2) casi un 57% de los participantes deriva al paciente ante una sospecha de etiología genética;
- 3) casi un 65% no han solicitado ninguna prueba genética en los últimos 6 meses;
- 4) casi un 40% consideran que el diagnóstico genético no debe estar a cargo del propio psiquiatra.

Más del 98% querrían tener más formación en Genética Clínica.

Discusión/conclusiones:

A pesar de considerar útil el diagnóstico genético, más de la mitad de los participantes derivan al paciente a otro profesional ante su sospecha, y no parecen incluir la realización de pruebas genéticas en su práctica clínica. Sin embargo, más del 60% creen que es un diagnóstico que debería estar a su cargo, y la práctica totalidad querrían más formación en esta área, por lo que podría ser esta percepción de desconocimiento la causa de sus derivaciones, alargándose el proceso diagnóstico y fraccionando la atención clínica del paciente. Se discutirán las posibles implicaciones para el futuro próximo de estos resultados.

Referencias bibliográficas:

- 1) Reiff M, Giarelli E, Bernhardt BA, et al. Parents' perceptions of the usefulness of chromosomal microarray analysis for children with Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord* 2015; 45: 3262-3275.
- 2) Wolfe K, Stueber K, McQuillin A, et al. Genetic testing in intellectual disability psychiatry: opinions and practices of UK child and intellectual disability psychiatrists. *J Appl Res Intellect Disabil* 2018; 31: 273-284.

P5

PUNTOS CONVERGENTES Y DIVERGENTES DE LA TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL Y OTRAS PSICOTERAPIAS. UNA REVISIÓN EN POBLACIÓN ADOLESCENTE

PRIMER AUTOR: Eva Sesma Pardo, Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

OTROS AUTORES: Aranzazu Fenández Rivas, Iñaki Kerexeta Lizeaga, Aida Díaz Cosgaya, Esther Vivanco Gonzalez, Miguel Angel González Torres

RESUMEN:

Introducción:

La terapia dialéctica conductual (TDC) es un tratamiento psicológico desarrollado específicamente para abordar el Trastorno Límite de Personalidad (TLP). La Terapia Basada en la Mentalización (TBM) y la Terapia Focalizada en la Transferencias (TFP) son otras herramientas psicoterapéuticas que han demostrado su eficacia para dicho trastorno. Todas ellas han sido adaptadas para población adolescente con resultados alentadores.

Material y método:

Revisión sistemática de los tres modelos psicoterapéuticos con el fin de buscar similitudes y diferencias de la TDC con la TFP y TBM.

Resultados:

No se puede concluir que una herramienta psicoterapéutica sea mejor que otra, hay un elevado nivel de solapamiento entre ellas. Ante un adolescente con diagnóstico de TLP, primeramente se podría utilizar la TDC para abordar los comportamientos más peligrosos o de riesgo que presente, y tras la estabilización, se podría hacer un trabajo más profundo en relación con las emociones asociadas al apego y patrones interpersonales mediante la TBM, la TDC o la TFP.

Discusión/conclusiones:

La TDC es una herramienta que presenta alta aceptabilidad y baja tasa de abandono. Las principales revisiones sistemáticas y los estudios de meta-análisis en población adolescente avalan la eficacia diferencial de la TDC sobre otros tipos de terapias. Sin embargo, se debe hacer uso de las diferentes herramientas psicoterapéuticas en función de la sintomatología y la gravedad de la misma en cada momento de la evolución de la enfermedad.

Referencias bibliográficas:

- Rathus JU, & Miller AL. DBT Skills Manual for Adolescents. New York: The Guildford Press; 2015.
- Edel M, Raaff V, Dimaggio G, Buchheim A, & Brüne M. Exploring the effectiveness of combined mentalization-based group therapy and dialectical behaviour therapy for inpatients with borderline personality disorder -A pilot study. British Journal of Clinical Psychology. 2017;56:1-15.

P6

EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN FAMILIAR SISTÉMICA EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

PRIMER AUTOR: Irene Agulló García, Psiquiatra USMIA Sueca

OTROS AUTORES: Dimitri Malventi, María Beltrán, Lorena Blasco, Sonia Císcar, María Elena García, Mónica Portillo, Mara Segura

RESUMEN:

Introducción:

Desde la Unidad de Salud Mental Infantil y de la Adolescencia (USMIA) del departamento de salud de la Ribera consideramos necesaria la atención integral familiar cuando la sintomatología del denominado paciente identificado persiste a pesar del tratamiento individual o se evidencia que el síntoma cumple una función en la dinámica familiar. Nuestro foco de intervención se centra en el sistema familiar, ya que entendemos que las relaciones familiares como recíprocas y repetitivas, de forma que se generan secuencias de conductas en su interacción que pueden ser patológicas y contribuir a la articulación del síntoma. El objetivo del presente póster es determinar la eficacia de esta intervención, para ello evaluaremos de forma prospectiva la evolución de estas familias en el servicio, reflejando el número de altas clínicas y la percepción de cada miembro del clima familiar, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en las escalas administradas.

Material y método:

La muestra está compuesta por un total de 48 familias, derivadas desde la USMIA y la Unidad de Trastornos Alimentarios (UTA) para intervención familiar sistémica, siendo atendidas entre los años 2009 y 2018. El formato consiste en 5 sesiones familiares de 2 horas de duración con frecuencia quincenal realizadas en una sala preparada con espejo unidireccional, teléfono y sistema de grabación y audio. Se solicita consentimiento informado a las familias para la videograbación. Componen este equipo el conjunto terapéutico y el reflexivo (profesionales detrás del espejo unidireccional) Para el análisis de la intervención hemos utilizado las siguientes escalas evaluadoras: Score 15 (escala de evaluación familiar), ESFA (escala de satisfacción familiar por adjetivos), EA y ENE en padres e hijos (son dos escalas para evaluar estilos educativos parentales, siendo una la escala de afecto y otra la de normas y exigencias) y la STAI/STAIC (inventario de ansiedad estado-rasgo en adultos y niños)

Resultados:

De las 48 familias atendidas se ha objetivado que 19 de ellas continúan el seguimiento psicológico. De las restantes 2 abandonaron durante la intervención y en 22 de las familias se ha realizado el alta clínica por mejoría sintomática. Existen 4 familias en las que únicamente continúa el seguimiento psiquiátrico, habiendo podido ser alta del tratamiento psicológico. Una familia realizó un abandono unilateral del seguimiento en USMIA tras la intervención. Se ha realizado un análisis pre y post de la intervención con las escalas mencionadas con anterioridad con mejoría en los ítems de satisfacción familiar.

Discusión/conclusiones:

La terapia familiar sistémica presenta resultados beneficiosos a nivel sintomático. Partimos de la premisa que interviniendo en el entorno se pueden lograr grandes cambios. La práctica de la terapia familiar es infrecuente en el sistema público de salud, pero a la vista de los resultados expuestos, existe un beneficio en su empleo que se acompaña de altas psicológicas en más de un 50% de los casos.

Referencias bibliográficas:

1. Stratton, P (2011). The Evidence Base Of Systemic Family and Couples Therapy. Association for Family Therapy, UK.
2. Stratton, P., Bland, J., Janes E. & Judith Lask. (2010). Developing an indicator of family function and a practicable outcome measure for systemic family and couple therapy: The SCORE. Journal of Family Therapy. 32, (3), 232-258.

P7

MANEJO DE LA COMORBILIDAD DE TRASTORNO EVITATIVO RESTRICTIVO DE LA INGESTA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

PRIMER AUTOR: Sara Yamamoto, Psiquiatra

Ita Salud Mental

OTROS AUTORES: Antoni Grau Touriño, Sara Solans Martínez, Sandra Fernández Ramos

RESUMEN:

Introducción:

El trastorno alimentario evitativo restrictivo de la ingesta es un trastorno poco conocido, que al igual que otros trastornos de la conducta alimentaria (TCA) presenta comorbilidades principalmente el trastorno por ansiedad y depresión.

Material y método:

Revisión de un caso de una adolescente (16 años) que ingresa en la Unidad de Hospital de Día de TCA de nuestro centro en Madrid, tras acudir a una primera visita diagnóstica donde refería conductas restrictivas y baja ponderal.

Resultados:

Gracias a la combinación del tratamiento psicoterapéutico y farmacológico, en los últimos meses hemos visto, mejoría en la sintomatología ansiosa, además de en su funcionamiento diario (disminución de conductas oposicionistas, regresivas y alimentarias patológicas).

Antecedentes:

Paciente de larga evolución, desde pequeña muy selectiva con determinados alimentos, dificultades en el paso de líquidos a sólidos, pero que con los años ha ido aumentando, restricción a la ingesta, saltar comidas, muy selectiva, por lo que ha mantenido bajo peso durante estos años, niega conductas purgativas, no hiperactividad. Previo al ingreso los padres manifestaban cambios en el ánimo, la veían irritable, conductas oposicionistas ante la comida.

Ha precisado de un ingreso hospitalario en unidad de TCA durante el 2016, y realizado hospital de día durante un mes, en otro centro.

Evolución:

Al ingreso presenta un Talla 1.61 Peso 42.6 IMC 16.4 (Pc 3 aproximadamente)

Discusión/conclusiones:

La detección de sintomatología ansiosa y depresiva debe formar parte de la evaluación rutinaria, en todos los TCA, no solo por ser las patologías asociadas más frecuentes, si no por afectar también al manejo terapéutico, curso y pronóstico del trastorno alimentario.

Referencias bibliográficas:

1. Zimmerman J, Fisher M. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care. Volume 47, Issue 4, April 2017, Pages 95-103.
2. Zickgraf et al. Characteristics of outpatients diagnosed with the selective/neophobic presentation of avoidant/restrictive food intake disorder. Int J Eat Disord. 2019 Jan 12.

P8

COMPENDIO DE TRASTORNOS MENTALES EN EL SÍNDROME DE KABUKI. UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA.

PRIMER AUTOR: Mercedes Valtueña García, MIR primer año psiquiatría. H. Vital Álvarez- Buylla.
OTROS AUTORES: Celina Padierna Sánchez, Miriam Belber Gómez, Nieves Reynes Treitiño, Aida Álvarez Díaz, María Covadonga Huergo Lora, Aida González Suárez, Laura Lago García, Jaime López Fernández, César Luis Sanz de la Garza

RESUMEN:

Introducción:

El síndrome de Kabuki (SK) (OMIM147920) es una patología dismorfológica congénita descrita inicialmente en Japón en 1981 aunque se han observado casos en todos los grupos étnicos con una prevalencia mundial estimada de 1:32000. El diagnóstico es clínico basado en la presencia de cinco hallazgos cardinales: rasgos craneofaciales característicos, retraso en el crecimiento postnatal, anomalías musculoesqueléticas, dermatoglifos con persistencia del almohadillado fetal y discapacidad intelectual leve-moderada.

Se han reportado casos de coexistencia de SK con trastornos del espectro autista (TEA), y dificultades de interacción social, lenguaje y comunicación. El estudio de la esfera neurocognitiva y el abordaje de trastornos mentales asociados es fundamental para elaborar estrategias manejo y tratamiento de estos pacientes sin embargo son escasas las publicaciones centradas en estos aspectos.

Nuestro objetivo es realizar una revisión de los trastornos mentales más frecuentes asociados a SK a partir de la presentación de una paciente con SK y retraso en el desarrollo psicomotriz y áreas de funcionamiento neurocognitivo (lenguaje, socialización...) así como alteraciones conductuales con fin de elaborar nuevas estrategias de abordaje y tratamiento.

Material y método:

En MeSH de Pubmed establecimos la terminología: Kabuki syndrome [Supplementary Concept], su definición y de "Mental Disorders". Buscamos en las bases de datos (PUBMED, EMBASE; DIALNET; LILACS; COCHRANE; WOS, The Grey Literature Report, Open Grey: Search Kabuki, Google Académico Search) en español e inglés, obteniendo 489 artículos de los que revisamos 121.

Resultados:

Estudios recientes han demostrado el papel central de los mecanismos epigenéticos en la patogénesis del TEA. En la literatura, hay series de casos en que coexisten SK, TEA e hiperactividad considerando que la comorbilidad de estos dos trastornos puede indicar características etiológicas y mecanismos epigenéticos compartidos en la patogénesis del TEA y SK. El déficit intelectual está presente en el 92% de pacientes, ($QI \leq 83$) sin embargo, puede coexistir KS con QI normal o alto (≥ 90 .) Los pacientes con SK parecen tener retraso en la adquisición del habla y anomalías en la articulación del lenguaje, aunque se ha publicado un caso de SK con hiperlexia. En dos estudios de casos- controles se exploran múltiples dominios del funcionamiento cognitivo en individuos con SK encontrando un mayor déficit en memoria visual y capacidad visuoconstructiva así como discapacidad intelectual en pacientes con SK en comparación con grupo control.

Discusión/conclusiones:

Con nuestra revisión demostramos una mayor prevalencia en pacientes con SK. de TEA, discapacidad intelectual, retraso del desarrollo postnatal, déficit en la visuoconstrucción y problemas en el procesamiento de la percepción visual. En consecuencia, destacamos la importancia del uso de estrategias auditivas como apoyo educativo dirigido e intervenciones psicosociales tempranas con fin de evitar las secuelas que deriven de su desatención.

Referencias bibliográficas:

Dongen L, Wingbermühle P, Veld W, Stumpel C, Kleefstra T, Egger J. Exploring the cognitive phenotype of Kabuki (Niikawa-Kuroki) syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2019.
Adam M, Banka S, Bjornsson H, Bodamer O, Chudley A, Harris J et al. Kabuki syndrome: international consensus diagnostic criteria. *Journal of Medical Genetics*. 2018;56(2):89-95.

P9

TDAH Y DESREGULACION EMOCIONAL

PRIMER AUTOR: Nuria Chinchurreta de Lora, Psiquiatra U.Infanto-juvenil CSMMostoles.

OTROS AUTORES: Pilar Lapastora , Juan José De Frutos Guijarro, Rubén Martín Aragón, Andrea Muñoz Domenjo, Sergio Puerta Rodríguez, Laura Beatobe Carreño, Julia Martín Carballeda, Ana De Cos Milas

RESUMEN:

Introducción:

La presencia de desregulación emocional en el TDAH cada vez es un problema más prevalente, en población infanto-juvenil. En la actualidad los síntomas emocionales aparecen en el diagnóstico del DSM-5 como características asociadas.

Material y método:

Vamos a hacer una revisión BIBLIOGRAFICA de los diferentes estudios que se han llevado en los últimos años para determinar clínica, prevalencia, etiología, eficacia de tratamiento, etc. Y la magnitud de la presencia de esta clínica en el TDAH.

Resultados:

Estudios recientes han demostrado el papel central de los mecanismos epigenéticos en la patogénesis del TEA. La prevalencia encontrada en diferentes estudios oscila entre el 24-50%. Se han descubierto mediante neuroimagen funcional la implicación de redes neuronales relacionados con la cognición (Frias) que están implicadas en la asignación de recursos de atención a estímulos que despierta la emoción y otras redes relacionadas con la emoción (calientes) que se encargan de la orientación temprana a estímulos emocionales y su percepción. Los tratamientos empleados en el tratamiento del TDAH han mostrado eficacia en el manejo de síntomas emocionales de forma paralela a la remisión de los síntomas troncales del TDHA.

Discusión/conclusiones:

La desregulación emocional es una entidad dimensional, NO un diagnóstico categórico. La mayoría de las investigaciones epidemiológicas, centradas en los niños, han encontrado una fuerte asociación entre el TDAH y la desregulación emocional. Asociación moderada entre temperamento temprano difícil, con elevada emocionalidad negativa, y TDAH combinado con desregulación emocional. Pacientes con TDAH tienen una disfunción primaria en el reconocimiento de estímulos emocionales y una dificultad para la modulación de emociones cuando son negativas.

Referencias bibliográficas:

- “Moodiness in ADHD” a clinician's guide. Bureson D., 2018.
- Desregulación emocional en el TDAH. Shaw et al 2014. AJP, marzo 2014

P10

EFICACIA DE LA PSICOEDUCACION PARA PADRES EN EL TDAH

PRIMER AUTOR: Nuria Chinchurreta de Lora, Psiquiatra U. Infanto-juvenil. CSM Mostoles, Laura Beatobe Carreño, Julia Martin Carballeda , Pilar Lapastora deMingo, Rubén Martin Aragón, Juan José De Frutos Guijarro, Andrea Muñoz Domenjo, Raquel Molina Cambra, Manuel Gil Eliche Moreno, Ana de Cos Milas

RESUMEN:

Introducción:

La psicoeducación para padres en el TDAH emerge de la necesidad clínica de **dotar a la familia de herramientas** que le permitan ser más proactivo en la **comprensión, abordaje y tratamiento del trastorno**. De esta forma se busca **aliviar la carga emocional** y disminuir el nivel de ansiedad.

Material y método:

Presentación del formato de psicoeducación para padres de menores con TDAH que llevamos a cabo en el CSM Móstoles. El programa consiste en abordar cuestiones relativas a la información/educación, conductuales y cognitivas que son respaldadas por los procedimientos más vigentes en materia de TDAH. Se pasaron escalas de conocimientos sobre el TDAH y su abordaje antes de iniciar las sesiones y después de acabar. Revisión bibliográfica que avala su efectividad.

Resultados:

Se han llevado a cabo las sesiones psicoeducativas informativas sobre el TDAH (Que es? Diagnostico? Manejo y tratamiento. Abordaje en casa y en la escuela. Y posteriormente sesiones para el manejo conductual con la exposición de casos prácticos de los padres participantes. Se ha visto que la capacidad de manejo de los padres, tras realizar la formación en aspectos teóricos y prácticos, es mucho mejor. Mostrando hasta en un 80% mejoría a la hora de manejar a los pacientes en domicilio, generando mayor confianza y seguridad. Y el nivel de desbordamiento se redujo de forma significativa, ya que pudieron abordar de forma grupal los distintos conflictos que se generan con los menores en casa.

Discusión/conclusiones:

Induce cambios en los padres tras recibir asesoramiento y entrenamiento por parte de un **terapeuta especialista** en TDAH. Genera un mejor conocimiento de la patología y permite un abordaje funcional, con **pautas de manejo y resolución de situaciones de conflicto** de forma productiva, ya que se llevan a cabo de forma coordinada y complementaria. En este proceso es importante el **intercambio de información y experiencias compartidas** entre los padres que participan, de forma que se sienten apoyados y supervisados para llevar a cabo una intervención adecuada. Se observa que **disminuyen las problemáticas** en todas las áreas analizadas, mejorando de forma significativa las conductas problema tanto en el contexto familiar como en el escolar.

Referencias bibliográficas:

- Attention deficit hyperactivity disorder. Barkley R.A. Ed 2014.
- Effectiveness of a focused, brief psychoeducation program for parents of ADHD children: improvement of medication adherence and symptoms. Bai, G. Wang, Y. Neuropsychiatric disease and treatment.

P11

DIAGNÓSTICO DIFERENCIA DE LA PSICOSIS INFANTIL Y TEA EN NIÑAS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

PRIMER AUTOR: Ángela Izquierdo de la Puente, MIR Psiquiatría

Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda

OTROS AUTORES: Pablo del Sol Calderón, Ana Rodríguez Rodríguez, M^o Inmaculada Palanca, Azul Forti Buratti

RESUMEN:

Introducción:

El objetivo es, a través de la presentación de un caso clínico, realizar una revisión de la importancia de realizar un correcto diagnóstico diferencial entre psicosis infantil y trastorno del espectro autista en niñas.

Material y método:

Presentación del formato de psicoeducación para padres de menores con TDAH que llevamos a cabo en el CSM Móstoles.

El programa consiste en abordar cuestiones relativas a la información/educación, conductuales y cognitivas que son respaldadas por los procedimientos mas vigentes en materia de TDAH.

Se pasaron escalas de conocimientos sobre el TDAH y su abordaje antes de iniciar las sesiones y después de acabar.

Revisión bibliográfica que avala su efectividad.

Resultados:

Se presenta el caso de una paciente mujer de 8 años si antecedentes psiquiátricos de interés que acude a consultas por presentar dificultades en el ámbito escolar.

Durante las entrevistas, la paciente presentaba un mundo de fantasía, con seres imaginarios, con los que era capaz de comunicarse. Esos seres los llamaba "kuamis". Contaba que sentía cómo esos seres la tocaban y hablaba con ellos, refiriendo que cuando se encontraba sola, oía voces en su cabeza que relacionaba con dichos seres y que ella tenía una función determinada en ese mundo de fantasía. Además relataba que era capaz de ver hadas, comunicarse con ellas y sentir las.

En cuanto a las relaciones sociales, presentaba grave dificultades para relacionarse con sus iguales, permaneciendo sola en los recreos, ensimismada con su mundo de fantasía. Por otro lado, no se exploraba juego imaginario, entreteniéndose únicamente fabricando mezclas con diferentes materiales.

La paciente, además de TEA es diagnosticada de síntomas psicóticos, iniciando tratamiento antipsicótico

Discusión/conclusiones:

Aunque es poco frecuente, existen alteraciones psicóticas en la infancia, lo que genera graves consecuencias en el desarrollo personal. Debido a que afectan a las fases tempranas de desarrollo.

En la psiquiatría de los años 70, no se hacía distinción entre psicosis y TEA. Es un tema muy controvertido, debido a que muchos de los síntomas de TEA pueden confundirse con síntomas psicóticos.

Especialmente, existe una diferencia en niños varones con TEA y niñas. Estas últimas presentan un mundo de fantasía mucho más estructurado que los niños TEA y tienen menor grado de dificultad para la interacción social. Por este motivo, en niñas, es difícil realizar el diagnóstico de psicosis y además se diagnostica más tarde el TEA

Referencias bibliográficas:

David M. Cochran, MD, PhDa,* , Yael Dvir, MD, Jean A. Frazier, Mda. "Autism-plus" Spectrum Disorders Intersection with Psychosis and the Schizophrenia Spectrum Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 22 (2013) 609–627.

Judith Rapoport, M.D, Alex Chavez, B.S, Deanna Greenstein, Ph.D., Anjene Addington, Ph.D, Nitin Gogtay, M.D. Autism Spectrum Disorders and Childhood-Onset Schizophrenia: Clinical and Biological Contributions to a Relation Revisited Child Adolesc Psychiatric Clin , January 2009 Volume 48, Issue 1, Pages 10–1

P12

PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL BULLYING Y CIBERBULLYING EN ADOLESCENTES CON TRASTORNO MENTAL: UN ESTUDIO TRANSVERSAL EN GRANADA

PRIMERO AUTOR: Daniel Fernández Reyes, Licenciado de Grado en Medicina. TFG USMIJ Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada

OTROS AUTORES: Óscar Herreros, Ana Patricia Vázquez González, Francisco Díaz Atienza

RESUMEN:

Introducción:

La repercusión del bullying en la salud mental de acosadores y acosados ha sido una cuestión extensamente tratada en la investigación. Sin embargo, y pesar de tratarse de una población de riesgo, son pocos los estudios sobre conductas de bullying y cyberbullying desarrollados específicamente en población infanto-juvenil con patologías psiquiátricas diagnosticadas.

Para hacer una aproximación inicial a esta cuestión, se diseñó un estudio piloto para evaluar la prevalencia de las conductas de bullying y cyberbullying en adolescentes con patologías psiquiátricas atendidos en nuestra Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil por dichas patologías.

Material y método:

Se realizó un estudio transversal oportunista mediante el "Cuestionario sobre abusos entre compañeros (mayores de 12 años)", al que se añadieron 4 preguntas sobre ciberacoso tomadas del "Cuestionario de cyberbullying", resultando un cuestionario de 20 preguntas que se ofreció para ser completado a pacientes entre 12 y 17 años que acudían a nuestra USMIJ, previo consentimiento informado escrito.

Resultados:

El grupo final de pacientes que completaron el cuestionario incluyó 90 sujetos. De estos, un 21,1% declaró haber sido víctima de bullying, un 6,7% de cyberbullying, y sólo un 1,1% (1 sujeto) se definió como agresor. Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre ser víctima de bullying y estudiar en un centro escolar público, y entre ser víctima de cyberbullying y el sexo femenino. De igual modo, la prevalencia de víctimas fue significativamente mayor en los pacientes con trastornos internalizantes. No se encontraron diferencias en relación con el sexo, edad, ni rendimiento académico.

Discusión/conclusiones:

La prevalencia de sufrir bullying parece mayor entre adolescentes afectados de patologías psiquiátricas que en la población general, sobre todo en aquellos con trastornos internalizantes. No obstante, este es un estudio piloto exploratorio, que requerirá una fase posterior con una muestra mayor y unos criterios de reclutamiento mejor definidos para confirmar estos hallazgos. En cualquier caso, parece que sería adecuado desarrollar programas específicos y multidisciplinarios de prevención e intervención sobre bullying en este perfil de adolescentes, con el concurso de profesionales de la Salud Mental Infanto-Juvenil.

Referencias bibliográficas:

Turcotte Benedict F, Vivier PM, Gjelsvik A. Mental Health and bullying in the United States among children aged 6 to 17 years. *Journal of Interpersonal Violence* 2015; 30: 782-795.

P13

DIAGNÓSTICO DE T. ESPECTRO AUTISTA Y LA INFLUENCIA CULTURAL EN HERRAMIENTAS DIAGNÓSTICAS (TEST ADOS): A PROPÓSITO DE UN CASO

PRIMER AUTOR: Pablo del Sol Calderón, MIR psiquiatría H. Puerta De Hierro Majadahonda

OTROS AUTORES: Ángela Izquierdo de la Puente, Ana Rodríguez Rodríguez, Rosa Perteguer, Inmaculada Palanca Manresa

RESUMEN:

Introducción:

El presente caso trata de exponer un paciente en el que se cumple puntuación para autismo según test ADOS, pero que sin embargo hay que tener muy en cuenta el encuadre cultural del paciente (origen chino) lo que plantea posibles limitaciones del test en cuanto diferencias socioculturales importantes.

Material y método:

Se trata de un varón de 13 años que es trasladado a urgencias tras alteración de conducta en el domicilio.

Resultados:

Nacido en España, con una hermana melliza con quien expresa buena relación. Padres de origen chino. Desarrollo en principio sin incidencias con buena adaptación a la escolarización y buen rendimiento académico. Padres separados cuando el paciente tenía 9 años, pasando tras ello a vivir con la hermana y su madre hasta 2018 momento en el que su madre regresa a China por motivos legales. Pasa al cuidado de abuela hasta su fallecimiento 6 meses previos a la visita a urgencias siendo entonces supervisados por amigo de la familia. A su llegada a urgencias se muestra mutista, negativo a la colaboración, con facies angustiada sin auto/heteroagresividad. Se procede a ingreso del paciente en el que refiere que desde hace 4 meses comienza con cuadro de aislamiento, abandono, negativa a ingesta de alimentos o agua y pasando los días jugando a videojuegos con absentismo escolar. Contacto inhibido con respuestas monosilábicas explicando que no fue a clase porque le molestaba el sonido de un silbato. No sintomatología psicótica. Se explora cognición social y exploración dirigida a sintomatología del espectro autista objetivando rechazo al contacto físico, con dificultad para identificar de manera adecuada ciertas situaciones sociales, con distancia emocional o cierta frialdad en algunas de ellas, con un sentido del humor peculiar. Se realiza módulo 3 de test ADOS: Afectación Social: 13; Comportamiento Restringido T Repetitivo: 1; Puntuación Total: 14 superando el punto de corte de 9. Se considera que a pesar de la influencia cultural en la interacción social, la exploración parece no haberse interferida por ello y la puntuación por tanto se considera válida. Se plantea la orientación diagnóstica de Trastorno de las emociones y de la conducta de comienzo en la infancia. Sospecha elevada de Trastorno del Espectro Autista con solicitud de valoración por equipo específico.

Discusión/conclusiones:

Se han hecho estudios en que parece objetivarse que existen rasgos autistas que afectan de forma universal a los pacientes con este trastorno, con independencia de la cultura a la que pertenezcan. No obstante parece haber diferencias a nivel cultural que se asocian con ciertos rasgos autistas

Referencias bibliográficas:

- A cross-cultural study of autistic traits across India, Japan and the UK. Mol Autism. 2018 Nov 5;9:52. doi: 10.1186/s13229-018-0235-3. eCollection 2018. Carruthers S1, Kinnaird E1, Rudra A2, Smith P3, Allison C3, Auyeung B4, Chakrabarti B5, Wakabayashi A6, Baron-Cohen S3, Bakolis I1, Hoekstra RA1

P14

LA DISCALCULIA EN LA CONSULTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

PRIMER AUTOR: Begoña Antúnez María , Facultativo especialista de área de psiquiatría infanto-juvenil.

Hospital Divino Valles, Burgos.

OTROS AUTORES: Rocío gordo seco, Teresa González Rodríguez, Yolanda Álvarez Fernández , Xosé Ramón García Soto, Rosario Hernando segura

RESUMEN:

Introducción:

Son diversos los términos que se utilizan para denominar al trastorno del aprendizaje de las matemáticas: discalculia, acalculia, síndrome de Gerstmann... Quienes lo padecen presentan importantes dificultades para el aprendizaje de la aritmética, a pesar de presentar un nivel intelectual normal y una adecuada escolarización. Su repercusión es muy variada: desde dificultades académicas moderadas hasta una relevante disfuncionalidad cotidiana (manejo del dinero, horarios...) Su prevalencia se sitúa en el 1-6% de la población escolar, con predominio en el género femenino.

El objetivo del estudio es conocer la prevalencia de la discalculia en las consultas de psiquiatría infanto-juvenil de Burgos.

Material y método:

Se revisaron 150 historias clínicas completas de pacientes menores de edad de ambos sexos procedentes de toda la provincia de Burgos. Todos ellos fueron derivados por dificultades en el aprendizaje escolar y valorados en el periodo 2013-2018. Se descartaron los casos que no contaban con una valoración psicopedagógica.

Resultados:

Los niños con trastornos del aprendizaje presentan una mayor comorbilidad con alteraciones conductuales y emocionales, con TDAH y, sobre todo, con otros trastornos del aprendizaje.

Con la clasificación DSM-IV-TR todos los pacientes revisados que presentaban importantes dificultades para el aprendizaje de las matemáticas estaban categorizados como "trastorno del aprendizaje n.e.", "bajo rendimiento escolar" o "trastorno específico de la lecto-escritura", al ser esta dificultad considerada como más limitante o al disponer de más apoyos pedagógicos. No se encontró ningún caso de discalculia aislada.

Aquellos pacientes diagnosticados con criterios DSM-5 de un "trastorno específico del aprendizaje", tenían especificado si sólo presentaban dificultades en la lectura, en la expresión escrita o/y en las matemáticas, habiendo encontrado 17 casos en los que aparece la afectación comórbida de las matemáticas y la lecto-escritura pero, de nuevo, ningún caso de afectación aislada.

Discusión/conclusiones:

La prevalencia de sufrir bullying parece mayor entre adolescentes afectados de patologías psiquiátricas que en la población general. La discalculia es una alteración no diagnosticada en solitario en las consultas de psiquiatría infanto-juvenil. Tal vez estos casos aislados no llegan a ser derivados desde los servicios educativos al considerar que su tratamiento es principalmente pedagógico o quizás porque continúa siendo considerada una afectación de segundo orden, olvidando la disfuncionalidad que puede causar en la vida cotidiana.

Referencias bibliográficas:

- Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Masson, 2006, 355.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5ª Ed. 2014, 66-73.

P15

CRITERIOS DE VALORACIÓN DE UN ESTUDIO A LARGO PLAZO DE GXR CON RESPECTO AL PULSO Y LA PRESIÓN ARTERIAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TDAH

PRIMER AUTOR: Antonio Muñoz Ruiz, Department of Psychiatry (CIBERSAM), Hospital Universitari Vall d'Hebron and Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

Shire, Madrid, España, miembro del grupo de empresas de Takeda

OTROS AUTORES: Michael Huss, J Antoni Ramos-Quiroga, Bryan Dirks, Joan Gu, Brigitte Robertson

RESUMEN:

Introducción:

Los criterios de valoración con respecto al pulso y la presión arterial se obtienen del primer estudio de 2 años de ≤ 7 mg/día de guanfacina de liberación prolongada (GXR) en niños y adolescentes (de entre 6 y 18 años) con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Material y método:

SPD503-318 fue un estudio de extensión abierto de fase 3 para participantes europeos de los estudios SPD503-315 y SPD503-316. Los participantes recibieron una dosis optimizada de GXR (dosis máxima permitida: 4 mg/día en niños; 4 a 7 mg/día en adolescentes, según el peso).

Resultados:

De los 215 participantes inscritos, 214 estaban incluidos en la población de seguridad y 133 completaron el estudio. La media de edad de los participantes fue de 11,7 años y el 73,8 % eran varones. Se detectaron acontecimientos adversos surgidos del tratamiento (AAST) en 177 pacientes (82,7 %). Se detectaron AAST cardiovasculares en 35 participantes (16,4 %); la mayoría leves y ninguno grave. Los AAST cardiovasculares detectados con mayor frecuencia fueron hipotensión (n=4 [5 eventos]; 1,9 %), hipertensión (n=4; 1,9 %) y bradicardia (n=4; 1,9 %). Las incidencias de estos AAST cardiovasculares por dosis según el peso fueron: hipotensión, 0,05–0,08 mg/kg, n=2; 0,09–0,12 mg/kg, n=2; 0,13–0,16 mg/kg, n=1; hipertensión, 0,01–0,04 mg/kg, n=1; 0,05–0,08 mg/kg, n=3; bradicardia, 0,05–0,08 mg/kg, n=3; 0,13–0,16 mg/kg, n=1. Un AAST cardiovascular leve de bloqueo auriculoventricular de primer grado resultó en la discontinuación en el día 352 y se resolvió posteriormente. Hubo pequeños cambios desde el inicio hasta la evaluación final en la media (desviación estándar) del pulso en posición supina (–5,5 [12,98] lpm) y de la presión arterial (sistólica, 0,6 [9,32] mmHg; diastólica, 0,2 [9,17] mmHg) que no fueron considerados significativos por los investigadores desde el punto de vista clínico.

Discusión/conclusiones:

En este ensayo de 2 años de ≤ 7 mg/día de GXR, los AAST cardiovasculares fueron en su mayoría leves, sin patrones congruentes de aumento de la incidencia al aumentar la dosis. Los sutiles cambios en el pulso y la presión arterial no fueron considerados significativos por los investigadores desde el punto de vista clínico.

Estudio financiado por Shire Development LLC, miembro del grupo de empresas de Takeda.

P16

DORMIR 10 HORAS.**CAMPAÑA DE CONCIENCIACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE HÁBITOS DE SUEÑO ADECUADOS EN LA INFANCIA Y LA SALUD MENTAL.****PRIMER AUTOR:** Helena Rivera Abelló , Psicóloga Clínica Adjunta

Centro Salud Mental Infantil i Juvenil CSMIJ, Gironès

OTROS AUTORES: Cristina Lombardía Fernández , Joana Sánchez Martínez, Assumpta Amat , Carme Gonzalez , Josep Busquets, Fina Font, Dolors Perpinyà**RESUMEN:****Introducción:**

Los hábitos de sueño son importantes para mantener una buena salud en todas las edades. Los niños que duermen pocas horas presentan mayor irritabilidad e inquietud psicomotora, dificultades en la atención y la concentración, disminución del rendimiento escolar, baja tolerancia a la frustración con alteraciones del ánimo y tendencia a abandonar la escolarización.

Con la finalidad de promover aspectos saludables del sueño en la infancia se ha diseñado y llevado a cabo un programa para concienciar a las familias, con hijos entre 6 y 15 años, de la importancia de las horas de sueño para un desarrollo armónico de sus hijos.

Material y método:

El estudio se llevó a término en el contexto de un programa de colaboración CSMIJ Gironès-Pla de l'Estany con el ambulatorio de salud primaria de Vilaroja, barrio de Girona en el que vive población básicamente inmigrante y de varias etnias. Desde este centro se realizan un número elevado de consultas con la psicóloga del CSMIJ por sintomatología conductual. En la exploración clínica de estos jóvenes habitualmente se observan alteraciones en los patrones de sueño, caracterizados por una disminución en las horas de sueño principalmente.

El estudio tuvo dos partes, con un intervalo de seis meses. En la fase inicial, el pediatra recogió información de los hábitos del sueño, mediante una encuesta, que fue seguida de una segunda fase en la que se realizó una campaña de concienciación sobre los aspectos saludables del sueño tanto a nivel del ambulatorio, como de las escuelas y de los servicios sociales.

En la segunda fase se realiza una entrevista estructurada a los padres o tutores para evaluar el cambio en el conocimiento de la importancia del sueño en sus hijos.

Se expondrá el material administrado tanto la encuesta breve y como el material visual psico-educativo

Resultados:

La muestra (n = 21) fue predominantemente masculina (57%) y blanca (96%) con una edad media de 9,5 (6-14) años. Las horas de sueño reales fueron de 9 o menos en el 66% y de 10 o más en el 34%, mientras que las horas de sueño que creían que dormían eran de 8 o menos en 47% y de más de 10 en el 14%, el resto no tenía conciencia. En referencia al sueño, el 76% contestaron creían que las horas de sueño afectaban a su atención. El 70% creía que el no dormir suficientemente le hacía sentirse más nervioso. El 63 % creía que dormir insuficientemente le suponía estar de mal humor. Así mismo el 100% contestaron que dormir poco no afectaba a su comportamiento alimentario.

Discusión/conclusiones:

Los resultados preliminares demuestran que una parte importante de los jóvenes duermen menos horas de las recomendadas y la mayoría de ellos son conscientes de que este hecho les produce trastornos de psicológicos y de conducta en relación a disminución de la atención y aumento del nerviosismo y humor.

Independientemente de los resultados descriptivos de la muestra analizada, el proyecto ha permitido dos logros relevantes, el primero, la colaboración interdepartamental de diferentes profesionales a partir de un hábito saludable, el sueño, que es fácilmente modificable, y segundo una mayor sensibilización en la exploración de las rutinas del sueño en atención primaria.

Referencias bibliográficas:

- Efectos de las horas y los hábitos de sueño en el rendimiento académico / R. Cladellas et al. (2011)
- Silje Steinsbekk, Turid Suzanne Berg-Nielsen y Lars Wichstrøm: Sleep Disorders in Preschoolers: Prevalence and Comorbidity with Psychiatric Symptoms. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics (2013). DOI: 10.1097/01.DBP.0000437636.33306.49.

P17 DEPRIVACIÓN SOCIAL TEMPRANA Y ALTERACIÓN EN EL DESARROLLO DEL LENGUAJE

PRIMER AUTOR: Andrea Muñoz Domenjó, Residente Psiquiatría (R3) / Hospital Universitario de Móstoles

OTROS AUTORES: Nuria Chinchurreta de Lora, Sergio Puerta Rodríguez, Ana de Cos Milas, Pilar Lapastora, Marisol Pérez Fidalgo, Paloma Muñoz-Calero Franco, Natalia Rodríguez Criado, Raquel Molina Cambra

RESUMEN:

Introducción:

Se aborda, a través de un caso clínico, los efectos de la privación social temprana. Es una paciente de 40 meses que no tuvo contacto con otros adultos o niños hasta los 30 meses de edad en que es matriculada en una casa de niños. Hasta ese momento los cuidadores eran los progenitores que además no mantenían relación con familia extensa. Entre los antecedentes familiares destaca un hermano de padre con retraso en el desarrollo del lenguaje hasta los cuatro años.

Material y método:

Se realiza una revisión de la asociación sobre la privación social temprana y los hallazgos con los que se relaciona en el neurodesarrollo así como sus consecuencias clínicas. Para la búsqueda se utilizan Pubmed y Medline y las palabras claves "early social deprivation".

Resultados:

En una valoración inicial por el EOEP AT la paciente había recibido un diagnóstico de autismo moderado severo (ADOS-2 y MCHAT-18). Tras la escolarización se observa un importante progreso de la paciente y los padres solicitan una segunda valoración aconsejados por el centro escolar.

En la entrevista destaca juego simbólico, intención comunicativa, interacción adecuada con los terapeuta y búsqueda constante de la validación externa de los padres. Mantiene déficit en el control de esfínteres. En el informe del colegio destacan importante avance ya que en el inicio presentaba conductas muy disruptivas y dificultades para la adaptación al contexto.

Discusión/conclusiones:

La privación social temprana se ha asociado con cuadros de pseudo-autismo que cursan con mejor reciprocidad social y una franca mejoría ante la modificación del contexto social. En estudios realizados con pacientes institucionalizados se ha observado disminución de la sustancia gris respecto a pacientes no institucionalizados; observándose mejoría en cuanto a la sustancia blanca si se modificaba el patrón de cuidado. De esta manera hay que remarcar la importancia de los períodos críticos del desarrollo y la posibilidad de intervención en los mismos para conseguir una recuperación funcional.

En esta paciente se valora el diagnóstico diferencial entre TEL, TEA, teniendo en cuenta la influencia del contexto. Es importante reseñar la importancia de que las valoraciones sean longitudinales, en especial en pacientes no habituados a contextos sociales.

Referencias bibliográficas:

1. Sheridan MA, Fox NA, Zeanah CH, McLaughlin KA, Nelson III. **Variation in neural development as a result of exposure to institutionalization early in childhood.** PNAS, 2012 109 (32):1927-1932.
2. Manabu Makinodan, Kenneth M. Rosen, Ssumu Ito, Gabriel Crofas. (2012). **A Critical Period for Social Experience-Dependent Oligodendrocyte Maturation and Myelination.** Science; 337(6100): 1357-1360.

P18

LAS MÚLTIPLES FORMAS DE LA ANSIEDAD

PRIMER AUTOR: Andrea Muñoz Domenjó, Residente (MIR-3) de Psiquiatría / Hospital Universitario de Móstoles

OTROS AUTORES: Nuria Chinchurreta de Lora, Sergio Puerta Rodríguez, Ana de Cos Milas, Pilar Lapastora, Marisol Pérez Fidalgo, Paloma Muñoz-Calero Franco, Natalia Rodríguez Criado, Raquel Molina Cambra

RESUMEN:

Introducción:

A través de un caso que atendimos en las Urgencias de nuestro hospital exponemos la manifestación de un cuadro ansioso mediante síntomas neurológicos: marcha atáxica y fallos mnésicos. Se profundiza sobre el trastorno conversivo en la infancia y adolescencia.

Es una paciente de 13 años que tras una discusión con unos compañeros del instituto por una situación de bullying hacia la amiga de la paciente. Refiere enfrentarse a los compañeros en defensa de su amiga. Expone la situación como un factor estresante que culmina una etapa de rechazo de compañeros y comportamientos de bullying hacia su grupo de amigas.

Tras considerar que la situación podía afectar a su amiga la paciente expone sensación de falta de aire con parálisis progresiva. Tras unos minutos en que expresa que no podía moverse ni hablar; presenta marcha lenta y bizarra. Ante esta sintomatología es traída al Servicio de Urgencias por su madre.

La paciente no tiene antecedentes de contacto con Salud Mental ni otros antecedentes médicos o quirúrgicos de interés.

Material y método:

Realizamos una revisión bibliográfica en Pubmed y Medline utilizando los términos “conversion disorder” and “adolescents” para contextualizar el caso que presentamos y poder plasmar un diagnóstico diferencial del caso.

Resultados:

En Urgencias es explorada por el servicio de Pediatría siendo la exploración neurológica no congruente por lo que se decide realizar TC cerebral, siendo el mismo normal.

Nos solicitan valoración ya que la paciente se muestra intensamente ansiosa. Durante la entrevista se evidencian fallos mnésicos autobiográficos (no recuerda ni reconoce a su hermano de cinco años, no recuerda la separación de sus padres), siendo por lo demás el discurso espontáneo y coherente. Aparece ansiedad anticipatoria ante la posibilidad de no recordar dichos acontecimientos. Se administra Lorazepam 1mg con mejoría de la marcha y permanece en Observación. Al día siguiente, la marcha ha mejorado aunque persisten fallos mnésicos observados. Se comenta el caso con pediatría y con el acuerdo de paciente y padres se decide tratamiento ansiolítico con observación domiciliaria considerando que la permanencia de la paciente en Urgencias puede ser perjudicial para la misma.

Discusión/conclusiones:

Dentro de los trastornos somatomorfos, debemos considerar como opción el trastorno conversivo. El trastorno conversivo en la infancia y adolescencia se estima en una incidencia del 0.5-10% siendo más frecuente en el sexo femenino y con un debut próximo a los 11 años. Suele existir un estresor que produce un cuadro ansioso asociado, que se identifica en el 71-90% de los casos. La mayoría de los casos consultados se solucionan entre 3 semanas y 2 meses aunque no es infrecuente que aparezcan recaídas. No existe evidencia sobre el tratamiento a largo plazo aunque parece haber consenso en el tratamiento agudo siendo importante el manejo de la ansiedad en un primer momento así como el control del dolor en caso de que esté presente en el cuadro.

Referencias bibliográficas:

1. Duque A, Vásquez R, Cote M. Trastorno conversivo en niños y adolescentes. Revcolombpsiquiat.2015;44(4):237-242.
2. Pehlivan Türk B, Unal F. Conversion disorder in children and adolescents: a 4-year follow-up study. J Psychosom Res.2002;52:187-91.19

P19 MANIFESTACIONES PSIQUIÁTRICAS DEL SÍNDROME DE ARNOLD-CHIARI

PRIMER AUTOR: Andrea Muñoz Domenjó, Residente (MIR-3) de Psiquiatría / Hospital Universitario de Móstoles

OTROS AUTORES: Sergio Puerta Rodríguez, Nuria Chinchurreta de Lora, Ana de Cos Milas, Pilar Lapastora, Marisol Pérez Fidalgo, Paloma Muñoz-Calero Franco, Natalia Rodríguez Criado, Raquel Molina Cambra

RESUMEN:

Introducción:

El Arnold Chiari tipo 1 es una malformación neurológica congénita . A través de un caso en seguimiento en consultas externas, expondremos las manifestaciones psiquiátricas asociadas al Arnold Chiri tipo 1.

Es un paciente de 12 años de edad en seguimiento por TDAH y trastorno negativista desafiante intervenido de Arnold Chiari tipo 1 yiringomielia. En el momento actual se encuentra en tratamiento con Intuniv 1mg.

El problema de comportamiento del paciente se centra en tres áreas: convivencia en el domicilio, interacción con iguales (conductas disruptivas) y problemas en el área escolar (peor rendimiento).

Material y método:

Se realiza una revisión de la asociación entre Arnold Chiari y el Trastorno de conducta mediante Pubmed y Medline.

Resultados:

Aproximadamente el 47% de los niños diagnosticados de Arnold Chiari tipo 1 presentan en su seguimiento un diagnóstico psiquiátrico. Se ha relacionado la malformación de Arnold Chiari tipo 1 con TDAH, ansiedad y depresión; siendo el primero el trastorno más frecuente. Además se ha observado una frecuencia elevada de familiares de primer grado con diagnóstico de enfermedad psiquiátrica y un importante componente disregulación emocional y de funciones ejecutivas coincidentes con los hallazgos en el paciente.

Discusión/conclusiones:

La etiología de la relación expuesta se ha relacionado con una diferente organización topográfica en región cerebelosa y en la compresión en tractos cerebrales por dicha malformación que afectaría a la comunicación de los distintos neurotransmisores involucrados en el humor. Dada la elevada frecuencia de diagnósticos psiquiátricos en este tipo de pacientes parece destacable la necesidad de seguimiento a largo plazo y la limitación de la recuperación con el tratamiento.

Referencias bibliográficas:

1. Lacy M, De Dios-Stern S, Fredckson S, Parikh S, Nadder T, Frim D. Prevalence of Psychiatric Diagnoses in Pediatric Chiari
2. Malformation Type 1. *Pediatr Neurosurg* 2018;53:371–378.

P20 INFLUENCIA DE UNA GUÍA DE RECOMENDACIONES PARA LOS CUIDADOS DE PERSONAS CON SÍNDROME PRADER-WILLI. INTERVENCIÓN EDUCATIVA A 12 MESES DE SEGUIMIENTO

AUTOR: Pablo José González Domenech, Médico psiquiatra/doctorando departamento de psiquiatría, universidad de granada; consulta privada

RESUMEN:

Introducción:

El Síndrome Prader-Willi (SPW) es una enfermedad causada por una alteración de genes del cromosoma 15 y asociada a trastornos psíquicos como la discapacidad intelectual (DI), la hiperfagia y la hiperactividad-impulsividad 1. Las personas con DI y alteraciones del comportamiento tienden a ser sobremedicadas, los tratamientos son menos efectivos y peor tolerados 2. El objetivo de este trabajo fue estudiar la influencia que tiene la aplicación de una guía de recomendaciones para los cuidados de personas diagnosticadas de SPW en las alteraciones del comportamiento asociadas al síndrome y en los efectos secundarios derivados del uso de psicofármacos.

Material y método:

Se realizó un estudio de intervención educativa con 210 sujetos diagnosticados de SPW. Cada sujeto se evaluó durante doce meses. Al inicio del estudio se realizó una evaluación basal y se administró a los cuidadores una guía de recomendaciones para personas con SPW que incluye consejos dietéticos, de salud y de uso de psicofármacos. A los doce meses se repitió la evaluación. En cada evaluación se emplearon la escala de alteraciones del comportamiento ABC (Aberrant Behavior Checklist), que incluye una subescala de hiperactividad, y la escala de efectos secundarios UKU (Udvalg für Kliniske Undersogelser).

Resultados:

Al inicio del estudio, la muestra estaba compuesta por 210 personas diagnosticadas de SPW, el 52% eran varones y la edad media fue de 22,4 años. Tras el uso de la guía se observó una reducción del uso del tratamiento psicofarmacológico con indicación en TDAH, un descenso de las puntuaciones en la escala UKU y un incremento en la subescala de hiperactividad de la escala ABC. Los tres resultados alcanzaron significación estadística ($p < 0.05$).

Discusión/conclusiones:

Una guía de recomendaciones para los cuidados de personas con SPW puede disminuir el uso de medicación con indicación en TDAH y, por tanto, reducir los efectos secundarios medidos a través de la escala UKU. Sin embargo, si la guía de recomendaciones provoca una reducción del uso de medicación, se pueden empeorar los síntomas de hiperactividad medidos a través de la escala de conducta aberrante ABC. Son necesarios futuros estudios controlados para diseñar herramientas específicas que detecten los síntomas de hiperactividad y otras alteraciones psicopatológicas en SPW y que estudien la respuesta y tolerabilidad de los psicofármacos utilizados para abordar estos síntomas.

Referencias bibliográficas:

1. Clarke, D. J. (1996). Maladaptive behaviour in Prader-Willi syndrome in adult life. *Journal of Intellectual Disability Research*, 40(Pt2), 159-165.
2. Bennot O, Cohen D, Thuilleaux D, Consoli A, Cabal S, Tauber M (2016). Psychotropic treatments in Prader-Willi syndrome: a critical review of published literature. *European Journal of Pediatrics*. Jan;175(1):9-18.

P21

HACIA UNA MEJOR CALIDAD EN LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

PRIMER AUTOR: Ester Ventura Mallofré, Coordinadora CSMIJ/Hospital día Mollet del Vallès. HSJD.

OTROS AUTORES: Immaculada Insa Pineda, Marta Chamorro Fernández, Berta Samsó Buxareu, Anna Aranda Reig, Anna Huguet Miguel

RESUMEN:

Introducción:

La discapacidad intelectual (DI) afecta aproximadamente al 1% de la población mundial, según la American Psychiatric Association, 2014. Los estudios de prevalencia de trastornos psiquiátricos en población con DI muestran resultados muy variables (11-50%).

Los datos publicados sobre el desgaste emocional de padres y profesores de menores con DI y enfermedad mental son escasos. El objetivo de nuestro estudio es profundizar en el conocimiento de los trastornos psiquiátricos de los niños y adolescentes con DI, y valorar el desgaste emocional de sus progenitores y docentes.

Material y método:

De 149 alumnos de 3 a 21 años con DI que asisten a una Escuela de Educación Especial (EEE), 39 reciben atención psiquiátrica en la propia escuela desde el curso escolar 2018-2019 en lugar del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ), como se venía haciendo hasta ahora. La actividad clínica la realizan 4 psiquiatras de 2 CSMIJ del *Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona*, con financiamiento público del *Servei Català de la Salut*.

Estudio observacional, descriptivo y transversal. La muestra está configurada por 39 pacientes, sus respectivos progenitores y los 23 docentes de la EEE que asisten a estos alumnos/pacientes. Las variables de estudio son:

1. Pacientes: edad, género, diagnósticos DSM-5, *Children's Global Assessment Scale (CGAS)* y tratamiento farmacológico.
2. Progenitores: estrés (*Parental Stress Index-short form; PSI-SF*) y depresión (*Beck Depression Inventory; BDI*).
3. Profesores: *burnout (Maslach Burnout Inventory; MBI)*.

Se realiza un análisis descriptivo de los datos mediante la versión 23 del *IBM SPSS Statistics*.

Resultados:

La prevalencia observada de comorbilidad psiquiátrica en DI es similar a los estudios realizados hasta el momento.

Se observan resultados congruentes con la literatura respecto a la prevalencia de TEA en población DI.

Los resultados obtenidos en los padres de los pacientes con DI y trastorno mental muestran un ligero trastorno emocional. Las madres presentan niveles de estrés parental clínicamente significativos. Algunos de los profesores muestran niveles importantes de cansancio emocional.

Este es un estudio preliminar que tiene como objetivo futuro plantear los beneficios de la atención a la salud mental en el entorno natural de nuestros pacientes con DI, lo cual repercutiría en una mejor calidad de vida de los pacientes y sus familiares, y reduciría el riesgo de *burnout* de los profesores.

Discusión/conclusiones:

La etiología de la relación expuesta se ha relacionado con una diferente organización topográfica en región cerebelosa y en la compresión en tractos cerebrales por dicha malformación que afectaría a la comunicación de los distintos neurotransmisores involucrados en el humor. Dada la elevada frecuencia de diagnósticos psiquiátricos en este tipo de pacientes parece destacable la necesidad de seguimiento a largo plazo y la limitación de la recuperación con el tratamiento.

Referencias bibliográficas:

1. Pedersen, A. L., Pettygrove, S., Lu, Z., Andrews, J., Meaney, F. J., Kurzius-Spencer, M., ... Cunniff, C. (2017). DSM Criteria that Best Differentiate Intellectual Disability from Autism Spectrum Disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, 48(4), 537-545. Doi:10.1007/s10578-016-0681-0.
2. Anthony, L. G., Anthony, B. J., Glanville, D. N., Naiman, D. Q., Waanders, C., & Shatter, S. (2005). The relationships between parenting stress, parenting behaviour and preschoolers' social competence and behaviour problems in the classroom. *Infant and Child Development*, 14(2), 133-154. Doi: 10.1002/icd.385.

P22

SALUD MENTAL DURANTE EL EMBARAZO Y REPERCUSIONES SOBRE EL RECIÉN NACIDO

PRIMER AUTOR: Tania González Martínez, Estudiante de 6º de Medicina, Universidad de Oviedo
OTROS AUTORES: Luis Romero Rosal, Ángela Velasco Iglesias, Carlota Moya Lacasa, Clara Álvarez Vázquez, Ana Iglesias Alonso, Lorena de la Fuente-Tomás

RESUMEN:

Introducción:

El embarazo es un periodo de transición en el que se producen importantes cambios, tanto físicos como emocionales. Los estudios muestran que dichos cambios emocionales pueden incrementar el riesgo de resultados adversos en el parto y el recién nacido (RN). Concretamente, síntomas de ansiedad y depresión se relacionaron con mortalidad y morbilidad, gestaciones más breves, y menor peso al nacer (1). Asimismo, niveles elevados de estrés durante el embarazo se asociaron con una puntuación baja en el test de Apgar (2).

- 1) Describir variaciones, a lo largo del embarazo, en el estado psicológico de la madre en términos de estrés, ansiedad, depresión, y apoyo social.
- 2) Determinar si las variaciones en el estado psicológico de la madre influyen en los resultados obtenidos por el RN.

Material y método:

Estudio naturalístico, multicéntrico, longitudinal, prospectivo, de seis meses de seguimiento, en una cohorte de mujeres embarazadas. Criterios de inclusión: 1) mujer primípara; 2) edad: 18 a 40 años; 3) consentimiento informado firmado. Criterios de exclusión: 1) embarazo gemelar; 2) trastorno mental actual o tratado farmacológicamente en los dos años previos; 3) enfermedad endocrina; 4) procedencia asiática o africana subsahariana; 5) reproducción asistida con donación de ovocitos. Instrumentos psicométricos: Cuestionario de Estrés prenatal (PDQ), Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI-E; STAI-R), Cuestionario de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS). Evaluación neonatal: Test de Apgar; peso al nacer.

Resultados:

Edad media (DE): 32.9 (3.5); 95% en pareja o casadas; 65% nivel socioeconómico alto. No se encontraron variaciones estadísticamente significativas en el estado psicológico de la madre a lo largo del embarazo. Al analizar el impacto del estado psicológico de la madre sobre el RN encontramos una relación significativa entre un mayor nivel de estrés de la madre y una mayor probabilidad de parto eutócico. Concretamente, el estrés relativo al parto y al bebé en la ecografía 3 [eutócico: 16.1 (3.2) vs instrumentalizado: 12.0 (4.0); 3,293, $p=0,02$], al aspecto físico en la ecografía 2 [eutócico: 4.5 (1.3) vs instrumentalizado: 3.3 (1.9); 2,259, $p=0,03$], y a las relaciones y emociones en la ecografía 1 [eutócico: 3.53 (2.8) vs instrumentalizado: 1.6 (2.0); 2,511, $p=0,017$] y en la ecografía 3 [eutócico: 4.2 (2.8) vs instrumentalizado: 1.8 (1.7); 3,306, $p=0,002$]. También se identificó una correlación estadísticamente significativa entre el peso del RN y estrés por el parto y el RN en el primer (R=0,507; $p=0,001$), segundo (R=0,401; $p=0,014$), y tercer trimestre (R=0,385; $p=0,02$), y estrés por el aspecto físico en la segunda (R=0,326; $p=0,049$), y tercera ecografías (R=0,390; $p=0,019$).

Discusión/conclusiones:

- 1) No se identificaron variaciones a lo largo del embarazo en el estado psicológico de las madres.
- 2) Una mayor preocupación de la madre por su salud, el embarazo, el parto y el RN se relacionó con una mayor probabilidad de parto eutócico y mayor peso del RN al nacer.
- 3) Estos resultados podrían sugerir que mayor estrés en las madres se asocia a mayor implicación, lo que se traduce en mejores resultados durante el parto y sobre el RN.

Referencias bibliográficas:

1. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67(10):1012–24.
2. Berle JO, Mykletun A, Daltveit AK, Rasmussen S, Holsten F, Dahl AA. Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. 2005;8:181–189.

P23

PSICOSIS Y AUTOLESIONES

PRIMER AUTOR: María Constaza Pacheco Santander, MIR 3 Psiquiatría

Hospital General Universitario de Valencia

OTROS AUTORES: Cristina María Lazo González, Marta Corral Galarreta, Maria Amparo Descalzo Cabades, Sofia Alonso Gutierrez, Sara Morales Vicente, Sergio Ruiz Sanchez

RESUMEN:

Introducción:

Se entiende por **psicosis infantil** a un amplio número de trastornos, que en los últimos 20 años se han ido diferenciando en dos grupos. Uno comienza en los primeros años de vida, con anomalías en el neurodesarrollo, llamados **trastornos generalizados del desarrollo**, siendo su prototipo el **autismo infantil precoz**. El otro se caracteriza por síntomas que comienzan en la edad escolar o adolescencia y siendo su prototipo la **esquizofrenia infantil (EI)**. Una posible explicación a esta clínica es que el niño no puede distinguir su realidad interna (fantasmas y fantasías) de la externa, vivenciando sus miedos como realidades que afectan su desarrollo y personalidad.

La EI es rara antes de los 12 años y su incidencia se estima en 0,1% al año, con un predominio en varones 2:1.

Los síntomas psicóticos aumentan con la edad y Coeficiente Intelectual, siendo en ocasiones visibles hasta la adolescencia, ya que llegan a dominar medios de comunicación evolucionados, principalmente, el lenguaje oral; no afectando su inteligencia, ni adaptación hasta este momento; enmascarándose una angustia relacional, inhibición global y hasta una cierta dimensión depresiva o en algunos casos una verdadera excitación maníaca, evidenciándose la alternancia de estados afectivos, accesos impulsivos o violentos hacia otros o hacia ellos mismo; lo que supone importante sufrimiento y costos tanto psicológicos (individuales y familiares) como sociales.

Material y método:

Paciente de 14 años sin contacto con USMI acude por autolesiones, los familiares lo describen con antecedentes personales de rasgos esquizotípicos y narcisista del temperamento, refiriendo que desde pequeño tiene un discurso peculiar y modo particular de ver el mundo sospechando en el pasado trastorno de Asperger. El paciente refiere que escucha “unas voces dentro de su cabeza” desde hace 6 meses las cuales le dan órdenes como autolesionarse manifestando incapacidad para no obedecerlas.

En la entrevista el paciente manifiesta que lo que “más angustia le produce es el futuro y no tener una buena vida”. Al pedirle que nos hable un poco más de esas voces refiere que son tres voces y que cada una tiene una identidad propia y que al mismo tiempo forma parte de su propia identidad: la primera le ordena que se “auto agrede”, la segunda que “se suicide” y la tercera “que no obedezca a las dos voces anteriores”.

Impresiona de rasgos comportamentales particulares que facilitan que el paciente realice interpretaciones delirantes de su entorno, descartando que esta clínica sea secundario a un trastorno de Asperger así como evidenciándose importante suspicacia e hipervigilancia (tapa micrófono de móvil durante la entrevista refiriendo que puede ser escuchado) lo que hace pensar en un cuadro psicótico.

Discusión/conclusiones:

Las alteraciones psicóticas durante la infancia tienen graves consecuencias en el desarrollo personal, tanto por la gravedad de la propia enfermedad como por el momento evolutivo en que aparecen. De este hecho deriva la importancia de un diagnóstico efectivo, rápido y realizado dentro de una valoración diagnóstica global y completa.

Referencias bibliográficas:

Psicosis Infantil, La Realidad Que Perturba El Desarrollo. Pastorelli Rv. Bañón Gonzáles SM, VOL XVI febrero del 2015 .
Revista virtual Psiquiatria.com.

P24

TRASTORNOS PSICÓTICOS Y TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO ¿COMORBILIDAD O CONTINUUN?

PRIMER AUTOR: Julio David Vaquerizo Serrano, Mir Iv Psiquiatría. Servicio De Psiquiatría Del Niño Y El Adolescente Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

OTROS AUTORES: Gonzalo Salazar De Pablo, Teresa Crespo Generelo, Ana Espliego Felipe, Lourdes Sipos Gálvez

RESUMEN:

Introducción:

Los síntomas obsesivos compulsivos son comórbidos a los trastornos psicóticos, asociados a un peor curso. Un diagnóstico de TOC puede estar asociado con un riesgo elevado de psicosis. Los que pacientes que tienen un riesgo ultra alto de psicosis parecen tener una mayor frecuencia.

Material y método:

Se presentan dos casos clínicos donde el diagnóstico apunta a un trastorno obsesivo comórbido a un trastorno psicótico. El primero de ellos, varón de 18 años, ingresado en la UHB por desorganización conductual, con aislamiento social, pérdida del autocuidado y agresividad. Entre sus antecedentes, destaca un TOC, con ideas obsesivas y compulsiones asociadas de orden y simetría con rituales bizarros, relacionados con la intensidad de los sonidos, quedándose bloqueado hasta que no los percibe de una determinada cualidad. Describe ideación de perjuicio centrada en la figura de su padre, con componente celotípico hacia su madre. Destaca también patología vincular, con una relación fusional con su madre, también diagnosticada de TOC. La clínica obsesiva apareció a los 15 años, con importante fracaso escolar. Durante el ingreso, se hizo estudio médico, destacando una atrofia bifrontal inespecífica no acorde con su rango de edad, instaurándose tratamiento neuroléptico con Risperidona y antidepresivo con Sertralina, con buena tolerabilidad y respuesta. Fue notable la funcionalidad que adquirió el síntoma, ya que derivado de su ingreso, los progenitores retomaron la relación de pareja, centrándose en los cuidados del paciente. En el segundo de los casos: chica de 16 años, que cuenta con un ingreso por clínica psicótica, destacando ideación delirante de perjuicio centrada en su padres, con la creencia de envenenamiento, con autorreferencialidad y cenestopatías, siendo diagnosticada de Trastorno Esquizofrénico. Durante su tiempo de ingreso, se realizaron RM y EEG, informados como normales. Se instauró tratamiento con risperidona, con mala tolerabilidad e hiperprolactinemia, sustituyéndolo por aripiprazol. Durante su patografía, destaca la dificultad en las relaciones entre pares desde los 9 años, influenciado por lo que impresionan de intuición e interpretación de perjuicio, con aislamiento social. Presenta igualmente un pensamiento obsesivo con compulsiones asociadas en relación a su higiene personal, invirtiendo 40 minutos en la ducha y 20 para el cepillado de dientes con importante repercusión en su funcionamiento. Derivado de esto, se ha derivado a programa de intervención intensiva grupal, con dificultad para adherencia dada la escasa conciencia de enfermedad.

Discusión/conclusiones:

Los síntomas obsesivo-compulsivos se observan con frecuencia durante el curso de los trastornos psicóticos. Pueden manifestarse en aquellos paciente con alto riesgo de psicosis, como síntomas prodrómicos, en el primer episodio psicótico, durante el curso de la esquizofrenia crónica. Es más frecuente entre los hombres, en aquellos con inicio insidioso y larga DUP, con síntomas negativos, y en presencia de depresión y suicidio. No está claro si un diagnóstico de TOC confiere un riesgo para el desarrollo posterior de psicosis, pero hay algunas pruebas que sugieren que el SOC puede aumentar el riesgo de psicosis. Tanto el TOC como la esquizofrenia muestran agregación familiar.

Referencias bibliográficas:

Fullana, M. A., Mataix-Cols, D., Caspi, A., Harrington, H., Grisham, J. R., Moffitt, T. E., & Poulton, R. (2009). Obsessions and compulsions in the community: prevalence, interference, help-seeking, developmental stability, and co-occurring psychiatric conditions. *American Journal of Psychiatry*, 166(3), 329-336.

McAusland L, Buchy L, Cadenhead KS, Cannon TD, Cornblatt BA, Heinssen R, et al. Anxiety in youth at clinical high risk for psychosis. *Early Interv Psychiatry*. 2017;11:480-7.

P25

SI ME DAS LA MANO TE CONTAGIO, MI MAMÁ NO PARA DE LIMPIAR, MI PAPÁ TOCA MUCHAS VECES LA LLAVE DE LA LUZ. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO Y FENÓMENO DE ACOMODACIÓN FAMILIAR.

PRIMER AUTOR: María Luisa Suárez Sánchez, MIR 2 Psiquiatría. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

OTROS AUTORES: Bianca Renau Minguez, Idir Mesían Pérez

RESUMEN:

Introducción:

La prevalencia a lo largo de la vida del TOC es del 1% al 3%, lo que lo convierte en uno de los trastornos neuropsiquiátricos más frecuentes. La edad de inicio de la mayoría de los casos es antes de los 18 años.

Atendiendo a la etiología de este trastorno podemos enumerar factores genéticos, ambientales, familiares e individuales. A continuación, nos centraremos en el ámbito familiar, más concretamente en el fenómeno de acomodación a la sintomatología del niño TOC como perpetuador y factor pronóstico de mala evolución de este.

Material y método:

Estamos ante un chico de 11 años que desde hace un mes presenta ideas rumiativas en torno a que pueda estar transmitiendo enfermedades o incluso provocando la muerte a alguien al tocarle con sus manos cuando están sucias. Expresa sentimientos de culpabilidad con relación a estos hechos y a otros sucesos de la vida cotidiana. En este contexto lleva a cabo algunas compulsiones tales como lavado de manos, aunque en el cuadro sintomatológico impera lo obsesivo. Su madre verbaliza "cualquier aspecto de la vida cotidiana ya es una obsesión para él... su vida entera gira en torno a esto".

Se realiza la descripción del caso mediante recogida de información de la historia clínica del paciente para posteriormente llevar a cabo una revisión bibliográfica de las aportaciones más relevantes en relación con el tema.

Resultados:

En la entrevista realizada a los padres se constata la presencia de sintomatología obsesivo-compulsiva en varios miembros de la familia, motivo por el cual la tolerancia a la misma es muy elevada en esta familia. La hermana del paciente está diagnosticada de TOC, la madre se define a sí misma como "obsesiva de la limpieza" y el padre niega presentar sintomatología relacionada, aunque comenta "suelo tocar 6 veces la llave de la luz al salir de una habitación porque me quedo más tranquilo".

Se inicia tratamiento con sertralina y clorazepato dipotásico, con buena tolerancia y se establece con un manejo conductual con refuerzo positivo y exposición directa y progresiva a estresores. Tras las intervenciones realizadas, los rituales, rumiaciones y el pensamiento de corte obsesivo van cediendo progresivamente, pudiendo interactuar sin las dificultades iniciales.

Se realiza psicoeducación sobre el trastorno a los padres explicando la evolución y necesidades terapéuticas futuras del chico.

Discusión/conclusiones:

El fenómeno de acomodación familiar a la sintomatología obsesivo-compulsiva es frecuente. La presencia de este conlleva a una peor evolución de la sintomatología, con menor respuesta al tratamiento, y por ende mayores implicaciones en la funcionalidad del paciente. Ante todo ello podemos concluir que el abordaje de este aspecto a la hora de manejar a un paciente de estas características es determinante para que la evolución del mismo sea la mejor posible.

Referencias bibliográficas:

1. Heather, A., Alicia, S., Evelyn, S. Obsessive-Compulsive Disorder: The Process of Parental Adaptation and Implications for Genetic Counseling. *J Genet Couns.* 2015; 36(5):350-7.
2. Carly J. Managing Family Accommodation of OCD in the Context of Adolescent Treatment Refusal. *JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY.* 2016; 11(1): 1-10 (2016)

P26

HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES: UNA EXPERIENCIA DE DIEZ AÑOS.

PRIMER AUTOR: Rocio Gordo Seco, Especialista en Psiquiatría.

Equipo de Salud mental Infanto juvenil. Hospital Universitario de Burgos.

OTROS AUTORES: Begoña Antunez Maria, Xose Ramon Garcia Soto, Dolores Diaz Piñeiro, Angela Osorio Guzman, Aranzazu Gutierrez, Rosario Hernando Segura, Yolanda Alvarez Fernandez, Teresa Gonzalez Rodriguez

RESUMEN:

Introducción:

En los últimos años los ingresos psiquiátricos de niños y adolescentes han aumentado notablemente. Según el artículo 763 de la Ley 1/2000, de 7 de enero de Enjuiciamiento Civil, estos internamientos se realizarán siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad. El desarrollo de recursos específicos para hospitalización no ha sido acorde al aumento de las necesidades, con lo que nos encontramos con un importante problema asistencial.

Castilla y León cuenta desde 2008 con una unidad de referencia de 8 camas en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV). Cuando no hay disponibilidad de camas en esta unidad, los ingresos de menores se hacen en las unidades de adultos, en nuestro caso en el Hospital Universitario de Burgos (HUBU).

En este estudio nos planteamos describir las características de los ingresos de menores en nuestro entorno, con el objetivo de analizar la situación, estimar las necesidades de recursos, y en lo posible adecuar los disponibles a las características de la población.

Material y método:

Se recogen los datos de un período de 10 años (2008-2018) de los menores ingresados en el HCUV y/o en el HUBU. Se excluyen los pacientes cuyo diagnóstico principal es un Trastorno de la Conducta Alimentaria (ingresan en una unidad funcional diferenciada).

Se hace un estudio descriptivo y retrospectivo mediante revisión de historias clínicas.

Resultados:

Se realizan un total de 168 ingresos, 52 en el HCUV y 116 en el HUBU. Un 53.45% son varones y un 46.55% son mujeres, con una edad media de 14.37 años. El motivo principal de ingreso se agrupó en cinco categorías: patología afectiva (12.64%), ideación autolítica (19.54%), alteraciones conductuales (43.10%), cuadros psicóticos (15.52%) y otros (9.20%). La estancia media fue de 8.79 días para los realizados en el HUBU y 20.08 días para los realizados en el HCUV. Predominan los internamientos urgentes (66.07%) frente a los programados (33.92%).

Discusión/conclusiones:

Encontramos un predominio de los ingresos en el lugar de residencia, en probable relación con el tipo de ingreso y el número de camas insuficiente en la unidad específica. Los datos sugieren la necesidad de crear procedimientos consensuados de actuación para los ingresos de menores en unidades de adultos.

Referencias bibliográficas:

1. Libro Blanco de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente. España: Fundación Alicia Koplowitz; 2014.

P27 ESTUDIO DE SATISFACCION EN FAMILIARES DE MENORES ATENDIDOS POR DISFORIA DE GENERO EN UN EQUIPO DE SALUD MENTAL.

PRIMER AUTOR: Rocio Gordo Seco, Especialista en Psiquiatría.

Equipo de Salud mental Infanto juvenil. Hospital Universitario de Burgos.

OTROS AUTORES: Xose Ramon Garcia Soto, Dolores Diaz Piñeiro, Yolanda Alvarez Fernandez, Begoña Antunez Maria, Rosario Hernando Segura, Angela Osorio Guzman

RESUMEN:

Introducción:

La atención en el sistema sanitario a niños y adolescentes con disforia de género (DG) es un hecho reciente en España que plantea necesidades aún poco estudiadas. En lo que se refiere a la atención en salud mental aún hay muchas controversias y la practica asistencial no es la misma en todo el país. Estamos ante una realidad en permanente transformación y aún no existe un consenso sobre el modelo de actuación. En Castilla y León, según el Protocolo de Atención Sanitaria Relacionada con la Identidad de Género en Castilla y León (Consejería de Sanidad, 2014), la valoración diagnóstica de los menores se realiza en los Equipos de Salud Mental Infanto Juvenil de cada área. En este estudio nos planteamos conocer las opiniones de los familiares de los menores atendidos y reflexionar sobre los cambios asistenciales necesarios para mejorar nuestra actuación.

Material y método:

La muestra está formada por los menores valorados por DG hasta diciembre de 2017. Para conocer las opiniones de los familiares elaboramos un cuestionario con 8 preguntas cerradas y cinco abiertas. Las preguntas cerradas incluían aspectos asistenciales y administrativos. Cada pregunta podía valorarse de 1 (muy insatisfecho) a 5 (muy satisfecho) o N/A (no aplicable). Las preguntas abiertas permitían valorar cualitativamente la atención recibida y añadir sugerencias. Los cuestionarios fueron entregados anónimamente por las familias.

Resultados:

Se recogen doce cuestionarios que corresponden al total de los menores atendidos en el período entre 2011 y 2017. Las valoraciones familiares muestran una satisfacción elevada con la atención y sugieren problemas de coordinación entre servicios e instituciones. La inexistencia de valoraciones cuantitativas sugerentes de insatisfacción, indica que no hay percepción de daño o desatención.

Discusión/conclusiones:

Aunque el acompañamiento y asesoramiento en el ESMIJ parecen satisfacer las expectativas de las familias es necesario avanzar hacia un modelo de trabajo integral y mejor coordinado. Una limitación importante del estudio es que no hemos validado la escala de satisfacción familiar. Aunque eso reduce la interpretación, hemos priorizado la obtención de información. En el actual contexto de transformación, la información de las experiencias puede tener valor para orientar los cambios.

Referencias bibliográficas:

Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León (2014). Protocolo de atención sanitaria relacionada con la identidad de género en Castilla y León. Recuperado 3 de octubre de 2015 de <https://www.saludcastillayleon.es>

P28

ANÁLISIS DE LOS DIFERENTES CRITERIOS DE RESPUESTA APLICADOS POST HOC PARA SELECCIONAR ESTUDIOS CONTROLADOS, ALEATORIZADOS Y A CORTO PLAZO SOBRE LISDEXANFETAMINA DIMESILATO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TDAH

PRIMER AUTOR: Antonio Muñoz Ruiz, Shire, Madrid, España, miembro del grupo de empresas de Takeda

OTROS AUTORES: Jeffrey H Newcorn, David R Coghill, Jie Chen, Tamara Werner-Kiechle, Tobias Banaschewski

RESUMEN:

Introducción:

Se utilizan diferentes definiciones de respuesta en estudios clínicos, lo cual dificulta asimilar y extraer conclusiones de la literatura. Contar con definiciones de respuesta más estrictas puede servir para mejorar el tratamiento de los pacientes.

Objetivos:

Examinar las tasas de respuesta al tratamiento según distintas definiciones de paciente que responde al tratamiento en estudios sobre LDX en niños y/o adolescentes con TDAH.

Material y método:

Se utilizaron datos extraídos de estudios clínicos controlados, aleatorizados y a corto plazo sobre LDX (30mg–70mg). Se definieron los participantes con respuesta al tratamiento post hoc mediante una puntuación total ≤ 18 según la Escala de Calificación para TDAH IV (ADHD-RS-IV) (criterio A) o una puntuación de 1 (mejora muy significativa) o 2 (gran mejora) según la impresión global clínica (CGI-I) más una reducción en la puntuación total de ADHD-RS-IV de $\geq 30\%$ (criterio B) o $\geq 50\%$ (criterio C).

Resultados:

Se realizan un total de 168 ingresos, 52 en el HCUV y 116 en el HUBU. Un 53.45% son varones y un 46.55% son mujeres, con una edad media de 14.37 años. El motivo principal de ingreso se agrupó en cinco categorías: patología afectiva (12.64%), ideación autolítica (19.54%), alteraciones conductuales (43.10%), cuadros psicóticos (15.52%) y otros (9.20%). La estancia media fue de 8.79 días para los realizados en el HUBU y 20.08 días para los realizados en el HCUV. Predominan los internamientos urgentes (66.07%) frente a los programados (33.92%).

Discusión/conclusiones:

El criterio menos estricto de una reducción $\geq 30\%$ en la puntuación total ADHD-RS-IV más una puntuación CGI-I de 1 o 2 demostró tasas de respuesta superiores, lo cual se puede considerar una respuesta parcial. Las definiciones de respuesta más estrictas pueden representar mejor una respuesta óptima al tratamiento en pacientes con TDAH.

Financiado por Shire Development LLC, una empresa de Takeda.

P29

EFICACIA DE LA GUANFACINA DE LIBERACIÓN PROLONGADA NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TDAH Y TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE COMÓRBIDO

PRIMER AUTOR: Antonio Muñoz Ruiz, Shire, Madrid, España, miembro del grupo de empresas de Takeda

OTROS AUTORES: Jeffrey H Newcorn, Michael Huss, Daniel F Connor, Amaia Hervás, Tamara Werner-Kiechle, Brigitte Robertson

RESUMEN:

Introducción:

Estos análisis de subgrupos post hoc evaluaron la eficacia de la guanfacina de liberación prolongada no estimulante (GXR) para los síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños (entre 6 y 12 años) y adolescentes (entre 13 y 17 años) con TDAH y trastorno negativista desafiante comórbido (ODD).

Material y método:

Los datos fueron derivados de cuatro estudios de fase 3 aleatorizados controlados con placebo de monoterapia con dosis optimizada de GXR, en los cuales al menos un 10 % de los participantes tuvo un diagnóstico de ODD comórbido. SPD503-312 (adolescentes) y SPD503-316 (niños y adolescentes) fueron estudios de GXR de entre 10 y 13 semanas (1-7 mg/día). SPD503-314 y SPD503-307 fueron estudios de GXR de 8 semanas en niños (1-4 mg/día). También se valoró la eficacia según las puntuaciones totales de la Escala de Calificación para TDAH IV, o ADHD-RS-IV, por sus siglas en inglés (última observación disponible).

Resultados:

GXR estuvo relacionada con mejoras significativas en los síntomas principales de TDAH en el punto final (endpoint), tanto en participantes con ODD como en los que no padecen ODD ($p < 0,01$ en todos los estudios). Los cambios en los mínimos cuadrados promedio ajustados al placebo (intervalo de confianza del 95 %) desde el inicio al punto final en las puntuaciones totales de ADHD-RS-IV para participantes con y sin ODD fueron de -8,6 (-14,4, -2,8) y -7,3 (-9,5; -5,0) respectivamente en los datos agrupados de SPD503-312 y SPD503-316, -12,6 (-19,6; -5,7) y -8,7 (-11,8; -5,5) respectivamente en SPD503-314, y -12,7 (-17,3; -8,1) y -11,8 (-19,3; -4,4) respectivamente en SPD503-307.

Discusión/conclusiones:

Los hallazgos demuestran la eficacia de GXR para el tratamiento de TDAH en niños y adolescentes con ODD comórbido. Si bien no fue comparado estadísticamente, la magnitud del efecto tendió a ser mayor en participantes con ODD que en aquellos sin ODD en todos los conjuntos de datos.

Estudio financiado por Shire Development LLC, miembro del grupo de empresas de Takeda.

P30

CUIDAR SIN ATADURAS: ABRIENDO CAMINO EN EL ACOMPAÑAMIENTO A ADOLESCENTES.

PRIMER AUTOR: Ignasi Tarazona Martínez, Enfermero Supervisor Área Hospitalización Salud Mental H. La Fe

OTROS AUTORES: Francisco Ramón Bru Espino, Mónica Portolés Rodrigo, María Antonia Barberá Fons, María del Carmen Cobacho Casas.

RESUMEN:

Introducción:

La Unidad de ingreso de psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital la Fe, data su apertura en el año 2003 y atiende a adolescentes entre 15 y 18 años, salvo excepciones por motivos clínicos.

Es cerrada, cuenta desde 2011 con cinco camas en habitaciones individuales y ha mejorado estructuralmente. Pese a la apertura a dinámicas de humanización, el funcionamiento del equipo profesional no ha experimentado cambios consistentes.

Tomando como referencia la Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad 2006 (ratificada en España en 2008)¹ y con el impulso del informe de la ONU "Sobre el derecho de toda persona al más alto nivel de disfrute de su salud física y mental" (2017), el equipo de esta Unidad se planteó un cambio de paradigma.

El enfoque basado en la persona y la evitación al máximo de prácticas que vulneren los derechos, nos llevaron a analizar la dinámica de la Unidad, generar un cambio y medir el progreso.

Material y método:

Para la mejora en la dinámica en la Unidad, se utilizaron las Seis Estrategias Básicas para la Reducción del Aislamiento y Contención (Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use R., 2008)², mundialmente extendidas para protocolizar la reducción de prácticas coercitivas en salud mental.

Nuestras Estrategias concretas fueron las siguientes:

- 1- Liderazgo hacia el cambio sustentado en una revisión bibliográfica exhaustiva.
- 2- Uso, registro y análisis de datos sociodemográficos, patología atendida, tipo de voluntariedad del ingreso y presencia / frecuencia de contención mecánica.
- 3- Desarrollo y fortalecimiento del equipo con formación teórico – práctica específica y reuniones grupales semanales.
- 4- Herramientas para reducir contención: fomento de la voluntariedad del ingreso, plan individualizado de cuidados, flexibilización de normas, revisión de los protocolos de seguridad, ampliación de actividades de ocio y diseño de la sala sensitiva (en proyecto).
- 5- Participación usuarios, elaborando con cada uno el plan individualizado de cuidados al ingreso, para conocer tanto las situaciones que pueden llevar a un estado de agitación como las actuaciones para paliarlo.
- 6- Recapitulación sistemática con reuniones analíticas tras situaciones de crisis.

El método de medición del cambio, se basó en la comparación de ingresos involuntarios y número de sujeciones cinco meses antes y cinco meses después del comienzo del proyecto en octubre 2018.

Resultados:

El análisis del número de **contenciones mecánicas** pre y post aplicación de los cambios en la metodología, reflejan un **descenso del 87.42 %**, a igualdad de patología.

Sobre la misma población, el análisis de la voluntariedad del ingreso refleja un **descenso del 70.17 %** de ingresos **involuntarios**.

Discusión/conclusiones:

Tal y como argumentan otros autores, nuestros datos reflejan que el cambio de paradigma supone una mejora en la realización del trabajo, incluso sin haberse materializado la construcción del espacio sensitivo.

Concluimos con unos datos alentadores al fomento de las buenas prácticas, si bien la continuidad del estudio y la ampliación de las variables de medida permitirán determinar las estrategias más eficaces y el grado de satisfacción de pacientes y personal sanitario.

Referencias Bibliograficas:

1. INSTRUMENTO de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. . BOE 21-6-2008, núm 96. Pág 20648.
2. Consolidated Six Core Strategies document (Internet). NASMHPD; 2008 recuperado a partir de <https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Consolidated%20Six%20Core%20Strategies%20Document.pdf>

P31

SUICIDALIDAD EN POBLACIÓN INFANTOJUVENIL: PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DE LOS MENORES HOSPITALIZADOS EN PSIQUIATRÍA EN BALEARES

PRIMER AUTOR: Pilar González Gil, Residente 3er año Psiquiatría, Hospital Universitario Son Llàtzer

OTROS AUTORES: Teresa Jimeno Beltrán, Esther Garreta Canillas, Paola M. Barahona Aceituno.

RESUMEN:

Introducción:

El suicidio es una de las principales causas de mortalidad entre los adolescentes, y la autolesión no suicida es uno de los factores más importantes para predecir los intentos de suicidio.¹ A pesar de la alta prevalencia de suicidalidad en menores ingresados en unidades de psiquiatría, se desconocen sus factores de riesgo² y sobre el perfil de los adolescentes ingresados en el hospital por comportamiento suicida.

El objetivo de este estudio fue conocer el perfil de los menores ingresados en nuestra unidad de hospitalización por presencia de ideación suicida y/o conductas autolesivas.

Material y método:

Se revisaron todas las historias clínicas de los menores de 18 años ingresados en la Unidad de Hospitalización de IBSMIA, durante los años 2017 y 2018. Se realiza una base de datos recogiendo distintas variables, para posterior análisis descriptivo de aquellos cuyo motivo de ingreso fue ideación autolítica y/o conductas autolesivas.

Resultados:

112 pacientes del total de 225, ingresaron por ideación autolítica y/o conductas autolesivas, generando 148 ingresos (45,25%). 69,64% con edad entre 15-17 años y un 77,68% mujeres. La estancia media fue de 6,87 días. El 23,22% tuvieron un reingreso. 60,71% realizaban seguimiento previo en el servicio y 61,60% tenía antecedentes familiares de salud mental. El consumo de tóxicos estaba presente en el 25,89%. Como diagnósticos principales al alta, los más frecuentes fueron: Trastorno relacionado con el trauma y factores de estrés en un 31,25% y Rasgos personalidad disfuncional en un 24,10%. Un 54,46% recibió tratamiento psicofarmacológico. Se realizó notificación a Servicio de Protección del Menor en el 29,46% de casos y a Fiscalía de Menores en el 20,54% de casos. Estuvo presente la comunicación suicida en un 59,82%. Del 68,75% en los que hay algún tipo de gesto, 37,50% se categorizaron como autolesiones, 16,08% conducta no determinada y 15,17% realizaron un intento autolítico.

Discusión/conclusiones:

El perfil obtenido es el de una mujer adolescente con antecedentes personales y familiares de salud mental, con diagnóstico más probable del subgrupo trastornos relacionados con el trauma y factores de estrés. Servicio de Protección del Menor está implicado en un 29,46% de los casos. En la mayoría existe una comunicación o planificación suicida previa y como conducta suicida más común presentan autolesiones sin finalidad suicida. Por lo que se debería promover la implementación de programas de prevención e intervención en menores con dicho perfil en nuestra comunidad.

Referencias Bibliográficas:

1. Mbroh H, Zullo L, Westers N, Stone L, King J, Kennard B, Emslie G, Stewart S. Double trouble: Nonsuicidal self-injury and its relationship to suicidal ideation and number of past suicide attempts in clinical adolescents. *J Affect Disord.* 2018 Oct 1;238:579-585. doi: 10.1016/j.jad.2018.05.056. Epub 2018 Jun 15.
2. Dobson ET, Keeshin BR, Wehry AM, Saldaña SN, Mukkamala LR, Sorter MT, DelBello MP, Blom TJ, Strawn JR. Suicidality in psychiatrically hospitalized children and adolescents: Demographics, treatment, and outcome. *Ann Clin Psychiatry.* 2017 Nov;29(4):258-265.

P32

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA Y ORIENTACIÓN SEXUAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

PRIMER AUTOR: Teresa Crespo Generelo, *mir iv* psiquiatría. Servicio de psiquiatría del niño y el adolescente. Hospital general universitario gregorio marañón.

OTROS AUTORES: Julio David Vaquerizo Serrano, Gonzalo Salazar de Pablo, Patricia Hernández Jusdado, Lourdes Sijos Gálvez

RESUMEN:

Introducción:

La sexualidad supone una parte esencial del desarrollo normal de los adolescentes y adultos con trastorno de espectro autista, y contrasta con las opiniones anteriores que defendían que la mayoría de los adolescentes y adultos con TEA son asexuales. Siguiendo esta línea, se ha sugerido diferencias relacionadas con el desarrollo sexual en personas con TEA en comparación con las personas neurotípicas.

Material y método:

Se expone el caso de un varón de 23 años que acude para inclusión en el programa de Atención Médica Integral de pacientes con Trastorno del Espectro Autista, AMITEA.

Se trata de un paciente con Autismo desde los 5 años, destacando en aquel tiempo un marcado retraso en la adquisición del lenguaje, con regresión involuntiva del mismo, presentando importante limitación en la comunicación social. En la infancia, destacaba inquietud, con alteración de conducta y agresividad, con importante retraso en el lenguaje con repercusión en el comportamiento social.

En la actualidad, la principal dificultad aparece en las relaciones interpersonales, mostrándose más aislado, con repercusión en el ánimo, expresando equivalentes depresivos. Presenta igualmente, un trastorno obsesivo compulsivo, con ideas intrusivas y rituales de orden y comprobación.

Derivado de esta situación de aislamiento social, e invadido por el componente obsesivo, ha creado un mundo imaginario para dar cobertura a sus expectativas relacionales, presentando una proyección de su propio pensamiento, creando una pareja homosexual, con recreación imaginaria del proceso rumiativo, experimentando conversaciones con este pensamiento intrusivo, manifestándose mediante soliloquios, recreando conversaciones con su pareja imaginaria. No llega a plantear dudas sobre su orientación sexual; sin embargo, es notable que su mundo fabulatorio esté mediado por imágenes de relaciones con el mismo sexo. De la misma manera, a nivel de la esfera interpersonal, destaca también la preferencia por el contacto cercano con otros chicos.

Resultados:

Las impresiones clínicas sugieren un perfil sexual diferente entre individuos con y sin TEA. Las personas con TEA presentan tasas más altas de bisexualidad y homosexualidad, y tasas más bajas de heterosexualidad en comparación con los controles. Además, las mujeres con TEA son menos heterosexuales en comparación con los hombres con TEA. Los hallazgos relacionados con la orientación sexual e identidad de género en adolescentes y adultos con TEA son variables. Algunos estudios encontraron proporciones similares de atracción sexual hacia personas del mismo sexo entre la población diagnosticada de TEA y neurotípicos, mientras que otros estudios informaron de tasas más altas de experiencias no heterosexuales en TEA en comparación con la población general. Las teorías biológicas apuntan a la influencia de niveles más altos de exposición prenatal de testosterona. Las explicaciones psicosociales incluyen los efectos de las experiencias sociales, la oportunidad de conocer a personas del otro sexo, el papel de las preferencias sensoriales, los intereses estereotipados y la flexibilidad limitada, y el sentirse menos obstaculizado por los prejuicios sociales.

Discusión/conclusiones:

Tal y como argumentan otros autores, nuestros datos reflejan que el cambio de paradigma supone una mejora en la realización del trabajo, incluso sin haberse materializado la construcción del espacio sensitivo.

Concluimos con unos datos alentadores al fomento de las buenas prácticas, si bien la continuidad del estudio y la ampliación de las variables de medida permitirán determinar las estrategias más eficaces y el grado de satisfacción de pacientes y personal sanitario.

Referencias Bibliograficas:

1. George, R., & Stokes, M. A. (2018). Sexual orientation in autism spectrum disorder. *Autism Research*, 11(1), 133-141.
2. Dewinter, J., De Graaf, H., & Begeer, S. (2017). Sexual orientation, gender identity, and romantic relationships in adolescents and adults with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 47(9), 2927-2934.

P33

TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA Y COMORBILIDAD CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS, A PROPÓSITO DE UN CASO:

PRIMER AUTOR: Isabel González Rodríguez, Residente Psiquiatría

OTROS AUTORES: Enrique Ortega García, Virginia Garrido Fernández, Miguel Ángel Heredero Sanz, Sergi Núñez Sevillano, Paula García Vázquez, Javier Valdés Valdazo

RESUMEN:

Introducción:

Paciente de 18 años que inicia seguimiento por UDM-IJ desde que tenía 4 años de edad.

Presentó un desarrollo aparentemente normal tanto en el habla, lenguaje e intención comunicativa así como en las habilidades sociales.

Al año de edad, es diagnosticado de un tumor de Willms precisando nefrectomía y posterior tratamiento quimioterápico.

Cuando el paciente tenía 4 años de edad, pierde de manera brusca el lenguaje espontáneo que había adquirido, presentando ecolalias diferidas. Deja de interactuar con normalidad, permanece ensimismado, parece no reconocer a sus padres, no mirada dirigida, deja de pedir las cosas y de señalar.

En cuanto a habilidades sociales también presenta importante retroceso de habilidades adquiridas, presenta un comportamiento muy ritualizado y rutinario. Ausencia de juego simbólico, su juego consiste en alinear objetos sin interacción, intereses obsesivos. Debido a la clínica descrita, se plantea la posibilidad de presentar un Trastorno Desintegrativo Infantil, debido a la importante pérdida de habilidades adquiridas.

Su evolución posterior es lenta y positiva, mejora parcialmente tanto a nivel verbal como de interacción social, aunque actualmente persisten dificultades en dichas áreas, así como un problema de aprendizaje, que ha ido precisando grandes adaptaciones a nivel escolar, así como ayuda a nivel farmacológico con Metilfenidato.

A los 16 años, el paciente comienza a presentar clínica compatible con clínica de la esfera psicótica, presentando importante suspicacia hacia su entorno, verbalizando ideas de perjuicio y de carácter autorreferencial y relatando lo que impresiona de fenómenos alucinatorios visuales y auditivos.

Material y método:

Análítica sanguínea, analítica orina, RM craneal, EEG y cariotipo dentro de la normalidad. X Frágil negativo.

En la exploración contacto psicótico, en ocasiones perplejo. Buen aspecto. Discurso coherente, aunque en ocasiones infantil para su edad. Alucinaciones auditivas en forma de voces que le insultan, generándole importante angustia en dichos momentos. Verbaliza ideación sobrevalorada, en ocasión en rango delirante de perjuicio y autorreferencial (le espían, hablan de él, le persiguen...), llegando a irse de su domicilio para realizar "una misión" que le habían encomendado.

Resultados:

Se planteó durante su evolución la posibilidad diagnóstica de presentar un Trastorno Desintegrativo Infantil, debido a la importante y brusca pérdida de habilidades previamente adquiridas. A consecuencia de la evolución favorable, dentro de las importantes dificultades que sigue presentando en la actualidad, se descartó dicha posibilidad diagnóstica, siendo diagnosticado de un Trastorno del Espectro Autista con necesidades de ayuda en Comunicación Social y comportamientos restringidos y repetitivos, sin discapacidad intelectual asociado a un Trastorno Psicótico no especificado. En tratamiento con Aripiprazol 10mg al día.

Discusión/conclusiones:

Los TEA en un número importante de casos se asocian a uno o más trastornos psiquiátricos. Por esto, es preciso, en el momento de valorar a pacientes TEA, tener en cuenta los numerosos trastornos comórbidos que producen un deterioro importante en la funcionalidad y son susceptibles de tratamiento.

Referencias Bibliográficas:

Rapoport J, Chávez A, Greenstein D, Addington A, Gogtay N. Autism spectrum disorders and childhood-onset schizophrenia: clinical and biological contributions to a relation revisited. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; 48: 10-8.

P34

ESTE CUERPO NO ME PERTENECE. A PROPOSITO DE UN CASO**PRIMER AUTOR:** Teresa Aparicio Reinoso, Psiquiatra. CSM Villa de Vallecas. Hospital Infanta Leonor.**OTROS AUTORES:** Clara Herraez, Olga Magro, Julia Martin, Ana Galvez, Nuria Chinchurreta**RESUMEN:****Introducción:**

Exposición de un caso de un paciente en tratamiento hormonal por un trastorno de identidad de género que acude a Salud Mental donde se objetiva que el paciente presenta un trastorno psicótico de larga evolución

Material y método:

Presentación de un caso clínico (historia clínica y pruebas complementarias) y revisión bibliográfica

Resultados:

Se expondrá el caso clínico y manejo desde una consulta ambulatoria

Discusión/conclusiones:

A día de hoy no es necesaria una valoración del estado mental previo a someterse a un tratamiento hormonal para modificar el género biológico, lo cual debe tomarse con precaución. De esta forma pueden pasarse por alto enfermedades mentales que cursan con la alteración/desintegración del yo que en ocasiones se traduce en disconfort con la imagen corporal/ identidad. Dada la condición de irreversibilidad de estos tratamientos y la precocidad en instaurarse en ocasiones, previo al “debut adolescente”, momento clave en el desarrollo psicológico y comienzo de numerosas enfermedades mentales, se debería explorar el deseo de cambio de género con una historia minuciosa en las unidades específicas para evitar complicaciones posteriores.

Referencias Bibliográficas:

Clemente, María Teresa. Carmona Osorio, Marta. “transpsiquiatría-abordajes-queer-en-salud-mental” Asociación Española de Neuropsiquiatría. AEN Digital

P35

ANÁLISIS DE DATOS DE PACIENTES CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) INGRESADOS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARI SON ESPASES**PRIMER AUTOR:** Rebeca Corbacho Ripoll, Facultativo Especialista de Área Psiquiatría IBSMIA (Institut Balear de Salut Mental de la Infància i l'Adolescència)

Hospital Universitari Son Espases

OTROS AUTORES: Alicia Ferrer Vadell**RESUMEN:****Introducción:**

La evidencia científica actual apoya que la intervención en menores TCA se realice, siempre que sea posible, a nivel ambulatorio. El tratamiento hospitalario está indicado en las siguientes circunstancias: negativa total a la ingesta, riesgo autolítico, dificultades de contención familiar, ausencia de respuesta al tratamiento ambulatorio o alteraciones orgánicas que precisen de monitorización.

El objetivo del presente póster es analizar las variables sociodemográficas de los pacientes con TCA ingresados en la unidad de hospitalización así como la evolución de las mismas en los últimos 3 años.

Material y método:

Se ha realizado una recogida de datos de todos los pacientes con TCA ingresados en la unidad en los 3 últimos años (2016, 2017 Y 2018). Los datos muestran el número de pacientes con TCA que han precisado tratamiento hospitalario y el número de ingresos de los mismos.

Se han recogido los datos de filiación y diagnóstico principal según criterios DSM 5 (AN: anorexia nerviosa, BN: bulimia nerviosa, TANE: trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado), utilizando para ello estadísticos descriptivos.

Resultados:

El número de pacientes que han precisado tratamiento hospitalario por TCA ha variado muy poco en los últimos 3 años, aumentando sensiblemente en el 2018 (aumento del 33.3% respecto a 2016).

En 2016 se observa un aumento del número total de ingresos debido a una mayor cifra de reingresos, porcentaje que disminuye notablemente en años sucesivos (disminución del 89.4% en el número de reingresos).

La patología que con más frecuencia precisa hospitalización es, con diferencia, la Anorexia Nerviosa, en mujeres y en la franja de edad de ≥ 14 años, si bien es llamativo el aumento de varones que precisan ingreso hospitalario en el último año.

Datos:

2016:

Nº ingresos: 37 por TCA de un total de 168 (22%)

Nº pacientes ingresados por TCA: 18

Nº reingresos: 19

Diagnóstico: ANR 12; BNP 2; TANE 4

Sexo: 100% mujeres

Edad (años): <14: 5; ≥ 14 : 13

2017:

Nº ingresos: 22 por TCA de un total de 162 (13.58%)

Nº pacientes ingresados por TCA: 17

Nº reingresos: 5

Diagnóstico: ANR 12; BNP 2; TANE 3.

Sexo: 94.1% mujeres / 5.88% varones (con diagnóstico de ANR)

Edad (años): <14: 3; ≥ 14 : 14

2018:

Nº ingresos: 26 por TCA de un total de 174 (14.94%)

Nº pacientes ingresados por TCA: 24

Nº reingresos: 2

Diagnóstico: ANR 16; BNP 4; TANE 4.

Sexo: 83.3% mujeres / 16.6% varones (con diagnóstico de ANR)

Edad (años): <14: 1; ≥ 14 : 23

Discusión/conclusiones:

El perfil de paciente con TCA que con mayor frecuencia precisa ingreso hospitalario es el de una chica de ≥ 14 años, con diagnóstico de AN.

Cabe destacar la disminución del número de reingresos y el aumento del número total de pacientes atendidos en la unidad de hospitalización en los últimos años, así como el reciente aumento de varones con AN que precisan de tratamiento hospitalario (tendencia que habrá que continuar evaluando en el futuro).

Referencias Bibliográficas:

- DSM-5 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
- RANZCP clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders

P36

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE COMORBILIDAD EN PACIENTES TDAH EN UNA CONSULTA DE PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

PRIMER AUTOR: Alicia Ferrer Vadell, Psiquiatra. Hospital Universitari son Espases. Palma de Mallorca.

OTROS AUTORES: Rebeca Corbacho Ripoll, Elisa Nadal Martí

RESUMEN:

Introducción:

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH, en adelante) es uno de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente más prevalentes. Se estima una prevalencia entre el 4% y el 5% en niños y adolescentes.

Es poco frecuente la presentación aislada del trastorno, habiendo una elevada comorbilidad.

El objetivo de este trabajo es una descripción de la comorbilidad en pacientes diagnosticados de TDAH combinado y de predominio inatento, en pacientes que realizan seguimiento en una consulta externa de psiquiatría de la infancia y adolescencia.

Material y método:

La muestra se toma entre los pacientes que acuden a una consulta externa de psiquiatría de la infancia y la adolescencia, de un hospital de tercer nivel, los cuales han sido diagnosticados de un TDAH combinado o de predominio inatento.

Se revisa la comorbilidad con distintos trastornos, diferenciando entre TDAH combinado y TDAH de predominio inatento.

Resultados:

En la muestra recogida se obtienen un total de 272 pacientes, de los cuales 242 presentan TDAH combinado, y 44 presentan TDAH de predominio inatento. Entre los pacientes con TDAH combinado se encuentran las siguientes comorbilidades:

2,89% trastorno del lenguaje; 11,98% Trastorno del espectro autista; 1,65% Trastorno negativista desafiante; 2,89% Síndrome de Tourette; 3,30% Trastorno de conducta; 1,65% Dislexia; 0,41% Trastorno depresivo; 0,41% Trastorno de la conducta alimentaria; 2,89% Altas capacidades cognitivas; 0,41% TOC; 2,47% Trastorno de ansiedad; 4,13% Discapacidad intelectual; 0,41% Consumo de cannabis y 0,41% Trastorno por tics. Entre los pacientes con TDAH de predominio inatento se encuentran las siguientes comorbilidades: 4,54% Trastorno del espectro autista; 2,27% Síndrome de Tourette; 6,81% Dislexia y 2,27% Trastorno depresivo. El 8,26% de TDAH combinado presentan más de una comorbilidad.

Discusión/conclusiones:

Se ha encontrado mayor comorbilidad en los pacientes que presentan TDAH combinado que los que presentan TDAH de predominio inatento. En relación a las comorbilidades específicas, se han encontrado prevalencias más bajas que las esperadas según la bibliografía presente. Se señala la importancia de una buena valoración clínica y seguimiento, para la detección y tratamiento de los posibles trastornos comórbidos.

Referencias Bibliográficas:

DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association. Editorial Panamericana. 2014.

Larson K, Russ SA, Kahn RS, Halfon N. Patterns of Comorbidity, Functioning, and Service Use for US Children With ADHD, 2007. *Pediatrics*. 2011 Mar;127(3):462-70. Epub 2011 Feb.

P37

PSIQUIATRÍA INFANTIL TRANSCULTURAL: ATENCIÓN A MENORES INMIGRANTES EN EL MARCO HOSPITALARIO.

PRIMER AUTOR: Aída Díaz Cosgaya, Psiquiatra Hospital Universitario Basurto

OTROS AUTORES: Arantza Fernández Rivas, Eva Sesma Pardo, Esther Vivanco González, Iñaki Kerejeta Lizeaga, David Guede Caballero, Inesurruticoechea García, Lucía Andres Rodríguez, Miguel Ángel, González Torres.

RESUMEN:

Introducción:

La adaptación de los menores inmigrantes depende de múltiples factores que están relacionados con los posibles problemas emocionales y conductuales. Los varones tienen peor adaptación sociocultural y más Trastornos de conducta frente a las mujeres que presentan peor adaptación psicológica con más Trastornos de ansiedad y depresión.

Material y método:

Se recogen los ingresos de la unidad de psiquiatría infanto juvenil entre 2003 y 2019, los datos sociodemográficos de estos pacientes, variables relacionadas con el ingreso, antecedentes psiquiátricos, síntomas principales, antecedentes de abuso y diagnóstico clínico. Se revisan dichos datos comparando población inmigrante y no inmigrante teniendo en cuenta el género.

Resultados:

De un total de 1671 ingresos hospitalarios un 9% correspondían a pacientes inmigrantes. De entre los cuales un 55.5% eran mujeres, similar al 53,3% de mujeres ingresadas entre los no inmigrantes. La media de edad al ingreso era de 15.04 en los inmigrantes que en un 73.3% de las veces era de tipo urgente frente al programado.

Entre los inmigrantes la clínica más frecuente eran las alteraciones de conducta, especialmente en relación con conducta suicida, autolesiones y clínica psicótica. En los menores no inmigrantes la conducta suicida ocupa un primer lugar junto con los trastornos de conducta alimentaria.

Entre la población inmigrante un 30% habían recibido tratamiento en la infancia y un 66.7% cualquier tipo de tratamiento previo frente al 42.90% y 74% de los no inmigrantes. La negligencia en el cuidado está presente en 28% de los inmigrantes, el maltrato físico en 15.00% y sexual en 7.40% frente al 18.80%, 5.30% y 4.70% de los no inmigrantes.

El diagnóstico más frecuente en población inmigrante es el de trastornos relacionados con trauma y estrés (31,90%) seguido de trastornos disruptivos (20,80%) y trastornos psicóticos (18,80%). En la población no inmigrante son también el trastorno relacionado con trauma (24,30%), seguido del trastorno de conducta alimentaria (16.10%), y el Trastorno disruptivo (15.50%)

Discusión/conclusiones:

La atención a población inmigrante en la psiquiatría infanto-juvenil es un área en continuo crecimiento.

Debemos ampliar el conocimiento en cuanto síntomas y diagnósticos en esta población y conocer los motivos principales de sus ingresos en unidades de hospitalización.

Referencias Bibliográficas:

Belhadj Kouider E, Koglin U, Petermann F. Emotional and behavioral problems immigrant children and adolescents in Europe: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014;23:373–91

P38

HISTORY OF ADOLESCENT CANNABIS USE IN PATIENTS WITH SEVERE MENTAL DISORDERS: RELATIONSHIP WITH METABOLIC ALTERATIONS IN ADULT AGE.

PRIMER AUTOR: Francesco Dal Santo, MIR Psiquiatría – Hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo, Asturias).

OTROS AUTORES: Leticia González-Blanco, Lorena de la Fuente-Tomás, Leticia García-Álvarez, Clara Álvarez-Vázquez, Ángela Velasco-Iglesias, Pilar A. Sáiz-Martínez, M.^a Paz García-Portilla, Julio Bobes

RESUMEN:

Introducción:

Cannabis is the most common co-morbid substance used worldwide among youth and young adults and its complex interaction with psychosis onset it's still unclear.

Current marijuana use is associated with lower odds of metabolic syndrome in general population, with no relationship between adolescent use and long-term weight change (1). Literature suggests that cannabis use may produce a protective effect against weight gain, related metabolic alterations and cardiovascular risk in severe mental disorders (2).

The aim of the present study was to examine the association between adolescence cannabis use and metabolic risk factors in patients with severe mental disorders.

Material y método:

Cross sectional study of 350 stable adult outpatients with schizophrenia (SZ) [n=140; mean age=36.72±11.56; 65.0% males] or bipolar disorder (BD) [n=210; mean age=45.49±10.62; 34.8% males].

Assessment included socio-demographic, clinical and pharmacological data, as well as anthropometric, glycaemic and lipid parameters.

Statistics: separate analysis was conducted for SZ and BD. We used cross-sectional ANOVA models for continuous variables and chi-squared tests for categorical variables to compare the onset of cannabis use (no consumer/adolescent onset/adult onset). ANCOVA analyses including age, sex, duration of illness, current tobacco or alcohol usage, and psychopharmacological treatment as covariates was performed to control confounding factors.

Resultados:

Prevalence of cannabis lifetime usage (at least 1-year of consumption) was higher in SZ (n=54; 38.6%) than BD (n=37, 17.6%) [$\chi^2=19.166$, $p<0.001$]. Patients who begin to consume in adolescent age were younger when compared to adult onset group and no-users [SZ (F=15.148, $p<0.001$); BD (F=13.268, $p<0.001$)] and show a younger age at illness onset [SZ (F=5.720, $p=0.004$); BD (F=3.297, $p=0.039$)].

In SZ sample there was a significant effect of cannabis onset group on glucose (F=3.823, $p=0.024$), insulin (F=4.330, $p=0.014$) and HOMA Index (F=5.091, $p=0.007$), while in BD sample there was a significant effect of cannabis onset group on total cholesterol (F=6.125, $p=0.003$) and LDL (F=5.202, $p=0.006$), after Bonferroni correction.

After controlling for covariates, planned contrasts revealed that the adolescent onset of cannabis use in BD patients was significantly associated with lower LDL (97.29±9.20 vs 123.63±2.95, $p=0.026$) and shows a trend towards significance in total cholesterol levels (181.85±9.90 vs 206.93±3.27, $p=0.061$), when compared to no-consumers.

No differences were detected in SZ patients after controlling for covariates.

Discusión/conclusiones:

- In both SZ and BD, the consumption of cannabis during adolescence was associate to a lower age at illness onset.
- Patients with SZ showed a higher lifetime prevalence of cannabis use. No evidence of an association between adolescent cannabis use and metabolic alterations in adult patients with SZ was observed after adjusting for possible confounding factors.
- In BD, it seems that cannabis use may have some protective effect on lipid metabolism, although no significant differences in metabolic pattern were found between adolescent or adult onset of cannabis use.

Referencias Bibliograficas:

1. Jin LZ, Rangan A, Mehlsen J, Andersen LB, Larsen SC, Heitmann BL. Association Between Use of Cannabis in Adolescence and Weight Change into Midlife. *PloS One*. 2017.
2. Garcia-Portilla MP, Saiz PA, Benabarre A, Florez G, Bascaran MT, Díaz EM, et al. Impact of substance use on the physical health of patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2010.

P39

“VIVIR CON UN DAI (DISPOSITIVO AUTOMÁTICO IMPLANTABLE)”. A PROPÓSITO DE UN CASO.

PRIMER AUTOR: María Teresa Nascimento Osorio, Psiquiatra. Centro de Salud Mental Infanto- Juvenil Sant Marti-La Mina

OTROS AUTORES: Irene Zschaecck Luzardo, Iciar Ezquiaga Bravo, Helena Navarro Martinez, Jara Lopez Serrano, Magdalena Marron Cordon, Ana Vilar Garces, Ana Salvador Castellano, Esther Baeza Tena, Santiago Batlle Vila

RESUMEN:

Introducción:

Los síndromes arrítmicos con riesgo de muerte súbita (SAMS) son enfermedades cardiovasculares de origen genético que pueden ocasionar muerte súbita en personas jóvenes aparentemente sanas.

Existen pocos estudios sobre el impacto psicológico en la población infantil y adolescente con SAMS. En casos de muerte súbita recuperada, se valora la necesidad de implantación quirúrgica de un dispositivo desfibrilador automatizado (DAI), adicional al tratamiento farmacológico.

Material y método:

Se trata de una adolescente de 13 años que tras un episodio de muerte súbita recuperada (MSR), se realiza el diagnóstico de taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (TVPC) por la Unidad de Arritmias del Hospital Sant Joan de Déu. Como medida terapéutica lleva implantado un DAI, además del tratamiento farmacológico oral.

La paciente es hija única, convive con ambos padres. Es derivada por crisis de ansiedad y asistencia irregular al Instituto después de 3 meses de la implantación del DAI. Es atendida por la psicóloga colaboradora de la Unidad de Arritmias especialista en Terapia Familiar quien aplica el enfoque sistémico en el área médica.

No destacan antecedentes personales significativos y a nivel familiar, el padre realiza seguimiento psicológico por Trastorno de Ansiedad desde los 18 años y la madre está diagnosticada de Esclerosis múltiple. La sintomatología descrita por la paciente se orienta como un Trastorno adaptativo que cursa con somatizaciones que interfiere con el funcionamiento social y escolar, ansiedad anticipatoria, insomnio de conciliación, miedo a dormir sola, actitud fóbica en todo lo relacionado al DAI (no se deja tocar la cicatriz ni limpiarla). Hipotimia subjetiva sin ideas de muerte. Dificultades de atención y concentración que han repercutido en el rendimiento académico.

Escala CMAS-R: Puntuación T de 70, que corresponde al percentil 98. En las 3 subescalas de ansiedad obtuvo puntuaciones escalares de 6, 10 y 3 en ansiedad fisiológica, inquietud/hiperactividad y preocupaciones sociales/concentración respectivamente. Este patrón sugiere un grado elevado de ansiedad. Escala de mentira 0.

Resultados:

La intervención psicológica se realizó a nivel individual y familiar con frecuencia quincenal. A los 3 meses del inicio del seguimiento la asistencia escolar se normalizó y a los 4 meses la clínica ansiosa disminuyó significativamente.

Escala CMAS-R (4 meses post-intervención): Puntuación T de 56 que corresponde al percentil 73. En las 3 subescalas obtuvo puntuaciones escalares de 3, 7 y 3 en ansiedad fisiológica, inquietud/hiperactividad y preocupaciones sociales/concentración respectivamente. Escala de mentira 0.

Discusión/conclusiones:

Diversos estudios han reportado cifras entre 15-30% asociadas a trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por estrés post-traumático y trastorno depresivo pacientes diagnosticados de SAMS. En casos de muerte súbita recuperada, debido a la hipoxia transitoria, es probable que se comprometa el óptimo funcionamiento de procesos cognitivos, por lo que es recomendable realizar una valoración neuropsicológica.

La valoración psicológica debería formar parte del protocolo de abordaje multidisciplinar en estas patologías por el impacto psicológico y emocional en el paciente y la familia, repercutiendo considerablemente en su calidad de vida. La intervención farmacológica por parte de psiquiatría debe consultarse previamente con cardiología por el riesgo de prolongación del intervalo QT que pueden provocar los antidepresivos.

Referencias Bibliográficas:

1. Hamang et al. General anxiety, depression, and physical health in relation to symptoms of heart-focused anxiety cross sectional study among patients living with the risk of serious arrhythmias and sudden cardiac death. *Health and Quality of Life Outcomes* 2011, 9:100.
2. Longmuir PE, Sampson M, Ham J, Weekes M, Patel BJ, Gow RM. The mental health of adolescents and pre-adolescents living with inherited arrhythmia syndromes: a systematic review of the literature. *Cardiology in the Young* 2018, 28: 621–631.

P40

SÍNDROME DEL INMIGRANTE CON ESTRÉS CRÓNICO Y MÚLTIPLE (SÍNDROME DE ULISES) EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL. A PROPOSITO DE UN CASO.

PRIMER AUTOR: Consuelo Lillo Moreno, fea psiquiatria. Usmij jerez de la frontera.

OTROS AUTORES: Maria Luz Casillas Lara, Belen Molina Gomez

RESUMEN:

Introducción:

Las difíciles condiciones en las que está llegando a Europa la población inmigrante, está haciendo que tengan que soportar niveles de estrés demasiado altos para la capacidad de adaptación. Dicho estrés afecta de modo particularmente negativo a la salud mental de dicha población.

En el caso de niños y adolescentes, se trata además de una población "frágil", en proceso de integración de las defensas psicológicas, con inmadurez afectiva, capacidades cognitivas en desarrollo y sociabilización en curso, lo que complica su capacidad de resiliencia.

Material y método:

Presentamos el caso de un varón de 16 años que es remitido de urgencias a nuestra Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil presentando un cuadro psicótico de días de evolución. Cruzó el Estrecho de Gibraltar en patera proveniente de Guinea, tras lo cual ha sido trasladado a un Centro de Acogida de Menores en Jerez de la Frontera donde lleva tan sólo tres semanas.

Resultados:

Expondremos hipótesis diagnósticas, características del cuadro así como plan de tratamiento individualizado del menor.

Los síntomas que se han descrito en el cuadro del Síndrome de Ulises de los adultos, presentarían sus propias especificidades en la población infantil así como en la población adolescente, se trataría de un trastorno de diferente índole que los meros trastornos adaptativos, dada la cronicidad y multiplicidad de los estresores que hacen difícil la adaptación en estas circunstancias, así como de los cuadros de simple ansiedad o de estrés agudo, o de las depresiones, que tendrían una naturaleza diferente.

Las características fundamentales de los estresores que sufren serían su naturaleza penetrante y duradera. A esto se debe añadir su riesgo acumulativo.

Se postula que existe una relación directa e inequívoca entre el grado de estrés límite que viven estos inmigrantes y la aparición de sus síntomas psicopatológicos. El Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple se caracteriza, por un lado, porque la persona padece unos determinados estresores y, por otro lado, porque aparecen un amplio conjunto de síntomas psíquicos y somáticos que se enmarcan en el área de la salud mental.

Discusión/conclusiones:

Las relaciones entre el estrés social y la salud mental constituyen un tema cada vez más relevante en la investigación y en la atención clínica (mobbing, burn-out...) pero si existe un área en la que los estresores psicosociales poseen una dimensión cuantitativa y cualitativamente relevante y difícilmente discutible desde la perspectiva de sus relaciones con la salud mental esa área es la de las migraciones del siglo XXI.

Emigrar se está convirtiendo hoy para millones de personas en un proceso que posee unos niveles de estrés tan intensos que llegan a superar la capacidad de adaptación de los seres humanos. Estas personas son las candidatas a padecer el Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple o Síndrome de Ulises (haciendo mención al héroe griego que padeció innumerables adversidades y peligros lejos de sus seres queridos). El conjunto de síntomas que conforman este Síndrome constituyen hoy un problema de salud mental emergente en los países de acogida de los inmigrantes.

Referencias Bibliograficas:

- 1.-Espeso Montagud D. Estrés crónico y salud mental en los menores inmigrantes. Rev Psiq Inf-Juvenil, N ;2007.
- 2.-Achotegui J. La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural. Barcelona, Editorial Mayo; 2002.

P41 TRASTORNO DE LA TOURETTE Y COMORBILIDADES

PRIMER AUTOR: Teresa González Rodríguez, MIR Psiquiatría. Complejo Asistencial Universitario de Burgos.

OTROS AUTORES: Begoña Antúnez María, Rocío Gordo Seco, Ana M^a de Granda Beltrán, Rosario Hernando Segura, Xosé Ramón García Soto, Yolanda Álvarez Fernández

RESUMEN:

Introducción:

Los tics y en especial el trastorno de la Tourette, han despertado un enorme interés científico desde las primeras descripciones realizada por Itard y Gilles de la Tourette en el siglo XIX. Su presentación clínica incluye una asociación de tics motores múltiples y tics vocales que pueden presentarse simultáneamente o en diferentes periodos evolutivos. La mayoría de los pacientes presentan comorbilidades, entre las que destacan el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). El papel de los factores genéticos y ambientales (posible etiología infecciosa) constituye hoy un campo abierto de investigación.

El objetivo del estudio fue describir las características de una muestra de pacientes con diagnóstico de trastorno de la Tourette, así como constatar la elevada prevalencia de otras comorbilidades ya descritas en la literatura.

Material y método:

Hemos realizado un estudio descriptivo de una muestra de 25 pacientes diagnosticados de trastorno de la Tourette, seguidos en la consulta de psiquiatría infanto-juvenil de Burgos en los últimos 3 años.

Resultados:

Nuestra muestra consta de 3 chicas y 22 chicos, con una edad media de 7,36 años (en el momento del diagnóstico). Las comorbilidades más frecuentemente observadas fueron: TDAH (56%), dificultades de aprendizaje (52%), trastornos de ansiedad (48%) y TOC (40%). También se observaron trastornos del sueño (24%), así como trastornos del control de impulsos (8%). Se realizaron pruebas neuropsicológicas en las que se detectaron 4 pacientes con un coeficiente intelectual (CI) en el límite bajo y 3 pacientes con CI elevado. A todos se les realizó analítica de sangre y orina, destacando la elevación de antiestreptolisinas O (ASLO) hasta en 8 pacientes (32%). De estos, únicamente se confirmó el diagnóstico de PANDAS (trastornos neuropsiquiátricos autoinmunes desencadenados por procesos infecciosos en la infancia) en un paciente, mejorando su cuadro tras recibir tratamiento con Fenoximetilpenicilina. Para el tratamiento de los tics y sus comorbilidades se utilizaron diversos fármacos entre los que destacan Risperidona, Guanfacina, Atomoxetina o ISRS. Algunos pacientes también se beneficiaron de psicoterapia. Respecto a la heredabilidad, encontramos hasta un 24% de familiares de primer grado con trastornos de tics.

Discusión/conclusiones:

El trastorno de la Tourette es poco frecuente pero la peculiar forma de presentación genera grandes repercusiones en los niños y adolescentes que lo sufren.

Es fundamental seguir profundizando en el estudio de factores genéticos, neurobiológicos y ambientales implicados en la etiopatogenia.

Por lo que se refiere al tratamiento farmacológico, aun no se dispone de un tratamiento ideal para los tics, pero sí de diversos fármacos que pueden resultar útiles. Se debe ofrecer psicoterapia como parte del tratamiento.

Referencias Bibliograficas:

-Roth J. (2018). The colorful spectrum of Tourette syndrome and its medical, surgical and behavioral therapies. *Parkinsonism & Related Disorders*, 46, S75-S79. doi: 10.1016/j.parkreldis.2017.08.004.

-Mardomingo, M.J. (2015). *TRATADO DE PSIQUIATRÍA del niño y del adolescente*. Madrid: Ed. Díaz de Santos.

P42

AISLAMIENTO SOCIAL Y SOLEDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TEA

PRIMER AUTOR: Jara Lopez Serrano, Psicóloga clínica. Centro de Salud Mental Infanto- Juvenil Sant Marti-La Mina

OTROS AUTORES: María Teresa Nascimento Osorio, Ana Vilar Garces, Ana Salvador Castellano, Helena Navarro Martinez, Iciar Ezquiaga Bravo, Esther Baeza Tena, Magdalena Marron Cordon, Santiago Batlle Vila, Luis Miguel Martin

RESUMEN:

Introducción:

El objetivo del presente trabajo es explorar el aislamiento social y la soledad en sujetos diagnosticados de Trastorno del espectro del autismo.

El Aislamiento social severo habitualmente conocido como Síndrome de Hikikomori es un problema cada vez más habitual en países occidentales y supone una problemática clínica y social importante. Cada vez más jóvenes muestran síntomas de aislamiento social, tienen cada vez menos contacto con el entorno y disminuyen las actividades fuera del hogar.

Una de las limitaciones de los estudios actuales en torno al Aislamiento es encontrar como criterio de exclusión el diagnóstico de TEA, quedando así fuera de los datos un importante porcentaje de sujetos con dificultades en las relaciones sociales y con tendencia al aislamiento.

Material y método:

Se administró el Cuestionario de Aislamiento y Soledad [CAS] (Casullo, 1996), a un grupo de niños que realizaron un tratamiento de HHSS en el CSMIJ de referencia. EL test está integrado por 25 ítems, de autoadministración individual, con cuatro opciones de respuesta (nunca-algunas veces-muchas veces-siempre). Doce de los ítems evalúan soledad y trece evalúan aislamiento. Algunos se computan de forma directa y otros de forma indirecta.

El rango de puntuaciones que se sitúa entre el 1-24 es la población que está sin riesgo, de 25 a 49 en bajo riesgo, entre 50-74 se sitúa la de riesgo moderado, y la de alto riesgo obtiene de 75-100 puntos.

Resultados:

En la muestra de 6 niños y niñas encontramos un 50% de cada uno de los sexos, con una edad de 10,3 años. Todos ellos empezaron el grupo de HHSS en el CSMIJ de Sant Martí-La Mina.

Los resultados indican que en la pequeña muestra analizada la media total de Aislamiento y soledad está en una puntuación de 54, indicando un Riesgo moderado de aislamiento social y soledad percibida.

Al observar por separado las categorías de aislamiento y soledad, vemos que en los sujetos de la muestra predomina el sentimiento percibido de soledad ($x=34$) sobre el de aislamiento ($x=21$).

Discusión/conclusiones:

- La muestra de pacientes obtiene una media de 54, lo que indica que estaría en el rango de Riesgo moderado de soledad y aislamiento.
- Los niños y niñas puntúan más en los ítems de soledad percibida que en los ítems de aislamiento social
- Se necesita más muestra para corroborar los resultados obtenidos y compararlos con diferentes grupos de edad.

Referencias Bibliográficas:

Teo, A. R. (2009). A new form of social withdrawal in Japan: a review of hikikomori. *International journal of social psychiatry*.
Malagón-Amor, Á., Córcoles-Martínez, D., Martín-López, L. M., & Pérez-Solà, V. (2015). Hikikomori in Spain: A descriptive study. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(5), 475-483.

P43

IMPACTO PSICOLÓGICO DURANTE LA ADOLESCENCIA EN LA ENFERMEDAD DE DUCHENNE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

PRIMER AUTOR: María Teresa Nascimento Osorio, Psiquiatra. Centro de Salud Mental Infanto- Juvenil Sant Martí-La Mina

OTROS AUTORES: Irene Zschaecck Luzardo, Iciar Ezquiaga Bravo, Helena Navarro Martinez, Jara Lopez Serrano, Magdalena Marron Cordon, Ana Vilar Garces, Ana Salvador Castellano, Esther Baeza Tena, Andres Nascimento Osorio

RESUMEN:

Introducción:

La Distrofia Muscular de Duchenne (DMD) es la patología neuromuscular de origen genético más común de inicio en la infancia. En España las distrofias musculares afectan aproximadamente a 5.000 pacientes.

Un gen defectuoso en el cromosoma X (localizado en Xp21) provoca una deficiencia en la distrofina, proteína encargada de mantener la integridad de las paredes musculares originando un desgaste muscular progresivo que se manifiesta clínicamente antes de los 5 años de vida. Sin embargo, la DMD es más que una enfermedad sólo muscular, ya que la distrofina también tiene un papel importante en la sinapsis y procesamientos de información en el córtex, cerebelo e hipocampo, asociándose un aumento de discapacidad cognitiva y TEA en esta población.

Material y método:

Adolescente de 17 años diagnosticado de DMD a los 4 años. Desde hace tres años en silla de ruedas, pero deambula dentro de casa con ayuda. Derivado por sintomatología depresiva a la psicóloga de la Unidad de Tratamiento Integral del paciente Neuromuscular (UTIN) del Hospital Sant Joan de Déu hace 9 meses.

Es hijo único, convive sólo con el padre después del abandono materno a los 10 años. Finalizó la ESO hace 1 año, actualmente no está vinculado a ninguna actividad académica. Le interesa el deporte y los videojuegos, ha participado en los campeonatos europeos de hockey en silla de ruedas. El padre está diagnosticado de Trastorno Depresivo Mayor y realiza seguimiento en el CSMA.

El paciente refiere desde hace aproximadamente 9 meses aumento de la sintomatología depresiva que identifica como apatía, anhedonia, pensamientos de impotencia, rabia y desesperanza, labilidad emocional y aumento de la irritabilidad y ansiedad. Insomnio de conciliación y mantenimiento. Explica aumento de la debilidad muscular que repercute en el desempeño de actividades deportivas y mayor aislamiento social. Niega ideas de muerte.

- BDI-II (Inventario de Depresión de Beck): 26
- WISC-IV (2016): CIT 84.

Resultados:

El paciente se vincula al programa de Apoyo Psicológico al Paciente y la Familia. Realiza terapia de grupo de adolescentes 1 vez al mes y seguimiento individual/ familiar mensual. Se deriva al CSMIJ para valoración por psiquiatría desde donde se inicia tratamiento antidepressivo (Sertralina 50 mg/d) previa coordinación multidisciplinar.

Después de 6 meses de vinculación al programa, la evolución es positiva observando una mejoría parcial de la clínica depresiva y una mayor adherencia al tratamiento.

Discusión/conclusiones:

Diversos autores han descrito un aumento de los trastornos depresivos, conductas oposicionistas, irritabilidad y mayor aislamiento social a partir de la adolescencia tardía en pacientes con DMD. Algunos estudios reflejan un aumento de las preocupaciones hipocondriacas con una gran exigencia sobre los cuidados y un sentimiento de culpabilidad ante el aumento de su estado de dependencia que va en dirección inverso al deseo de autonomía que busca el adolescente.

Las investigaciones realizadas en este campo señalan la importancia de realizar un abordaje multidisciplinar que incluya el apoyo psicológico y la valoración psiquiátrica cuando sea necesaria para identificar y atender las necesidades psicosociales de pacientes y familias con DMD. Son muchos los desafíos que supone vivir con una condición degenerativa y crónica.

Referencias Bibliograficas:

1. Gargiulo M, et al. Impacto psicológico de la enfermedad de Duchenne sobre el niño, el adolescente y sus familiares. Once años de experiencia en un equipo multidisciplinar. Rehabil. integral 2013; 8 (2): 78-90
2. Poysky J. Behavior patterns in Duchenne muscular dystrophy: Report on the Parent Project Muscular Dystrophy behavior workshop 2006. Philadelphia, USA. Neuromuscular Disorders 17 (2007) 986-994.

P44 PSICOTERAPIA BREVE EN CONDUCTAS (NO) SUICIDAS EN ADOLESCENTES

PRIMER AUTOR: Ana Salvador Castellano, Psicóloga Clínica CSMIJ Sant Martí La Mina (INAD, Parc de Salut Mar)

OTROS AUTORES: Santiago Batlle Vila, Maria Teresa Nascimento Osorio, Raquel Sorli Martinez de Oraa, Laura Diaz Digon, Ana Vilar Garces, Jara Lopez Serrano, Esther Baeza Tena, Helena Navarro Martinez, Luis Miguel Martin López

RESUMEN:**Introducción:**

En los últimos años ha habido un aumento de las conductas (no) suicidas entre la población adolescente, pasando a ser la principal causa de muerte a nivel europeo (1). Teniendo en cuenta la escasa evidencia científica en cuanto a intervenciones psicoterapéuticas breves en población adolescente -únicamente se han encontrado en población adulta- (2), se ha diseñado el programa "Psicoterapia breve en conductas (no)suicidas", basado en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y adaptado del Cutting down: A CBT workbook for treating young people who self-harm. El programa está orientado a reducir la ideación/conducta (no)suicida de nuestros adolescentes. Además, se espera conocer qué factores de riesgo y protección pronostican su evolución con el fin de encontrar el perfil clínico con más probabilidad de reincidir y así focalizar los recursos en aquellos pacientes de más riesgo.

Material y método:

El programa está formado por 8 sesiones de intervención semanales divididas en los siguientes apartados: 1. Historia vital, análisis de la conducta previa e introducción de la TCC (análisis funcional). 2. Emociones. 3. Motivación al cambio. 4. Pensamientos trampa. 5-7. Estrategias de afrontamiento. 8. Gestión futuras crisis. Además, se realizan 2 sesiones de evaluación (pre-post tratamiento) para valorar sintomatología depresiva (BDI-II), sentimientos de desesperanza (BHS), ideación suicida (C-SSRS), estrategias de afrontamiento (ACS), motivación al cambio (URICA), nivel de funcionalidad global (C-GAS). Además se evalúan alianza terapéutica (WATOI), rasgos de personalidad (PID-5) e historia de trauma (THQ). El programa se ha aplicado hasta ahora a 7 pacientes adolescentes del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) que han presentado ideas y/o conductas (no) suicidas.

Resultados:

Se presentan datos descriptivos de la muestra: media de edad, género, rasgos de personalidad, historia de trauma, firma contrato terapéutico y alianza terapéutica.

Se comparan medidas pre-post sobre sintomatología depresiva, sentimientos de desesperanza, ideación suicida, estrategias de afrontamiento, motivación al cambio y nivel de funcionalidad global.

Discusión/conclusiones:

Con la muestra obtenida hasta el momento, el programa "psicoterapia breve en conductas (no) suicidas" resulta ser efectivo en cuanto a la reducción de los síntomas depresivos, los sentimientos de desesperanza y las conductas (no)suicidas. A su vez, mejora el nivel de funcionalidad global de los pacientes, disminuyendo las estrategias de afrontamiento desadaptativas utilizadas. No obstante, cabe destacar que el compromiso por parte del paciente (reflejado por ej. en el contrato terapéutico) así como la motivación al cambio y la alianza terapéutica, son determinantes a la hora de pronosticar la evolución.

Referencias Bibliograficas:

1. Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!). Guidance to support country implementation. WHO.
2. Christopher J. An exploratory randomised trial of a simple, brief psychological intervention to reduce subsequent suicidal ideation and behaviour in patients admitted to hospital for self-harm. BJP 2016, 208:470-476.

P45 TRASTORNO DESINTEGRATIVO INFANTIL: A PROPÓSITO DE UN CASO

PRIMER AUTOR: Guillermo Pérez Mora, Psiquiatra Infanto-Juvenil. Unidad de Salud Mental Vecindario, Las Palmas de Gran Canaria

OTROS AUTORES: Carlos Alemán Santana, Dulcinea Vega Dávila, Claudio Cabrera Velázquez, Laura Sáiz Cortés

RESUMEN:

Introducción:

El Trastorno Desintegrativo Infantil es una entidad diagnóstica controvertida, descrita por primera vez en 1908 por Theodor Heller. Se caracteriza por una franca regresión tanto en el desarrollo como en las habilidades adaptativas, junto con la aparición de sintomatología del espectro autista; en menores de edad con un desarrollo previo aparentemente normalizado como mínimo hasta los 2 años de edad.

A continuación, describimos un caso clínico de Trastorno Desintegrativo Infantil en una niña de 06 años y medio de edad.

Material y método:

El cuadro comienza con “un cambio conductual y académico” a los 05 años y 4 meses de edad, en una niña con un desarrollo psicomotor previo totalmente normalizado.

Inicialmente presentó estereotipias manuales (abrir y cerrar manos y aleteos), junto con deambulación de puntillas. Seguidamente presentó un importante retraimiento social (deja de jugar e interactuar con otros niños), déficit en la comunicación (disminuye su conversación hasta sólo hablar en respuesta a preguntas, ecolalias e incluso ausencia total de lenguaje), fallos mnésicos (se le olvidan los temas aprendidos), fallos básicos en la nominación (“a las palomas les llama conejitos”, sic padres) e incluso posibles alucinaciones visuales (describe objetos inexistentes).

Posteriormente, presentó un periodo delimitado en el tiempo de recuperación clínica parcial: las estereotipias desaparecieron y el lenguaje reapareció.

No obstante, unos meses más tarde, volvió a “recaer”; dicha reaparición sintomatológica (estereotipias, insultos, onanismo y alucinaciones) concordó con una infección del tracto urinario.

Resultados:

Dada la evolución clínica referida, requirió ingreso hospitalario para estudio detallado y realización de múltiples pruebas complementarias (RMN, EEG, PEAT, analítica general, hemograma, LCR, ecografía abdominal) así como valoración por numerosos especialistas (Hematología, Oftalmología y Foniatría).

Respecto a su evolución clínica, actualmente persiste: una notable ausencia de lenguaje (sólo frases cortas puntuales), estereotipias y caminar de puntillas, nula interacción con sus pares, y tendencia a introducirse objetos en la cavidad oral. No presenta alucinaciones.

Discusión/conclusiones:

A pesar de compartir numerosas características clínicas nucleares con el Trastorno del Espectro Autista (TEA), el Trastorno Desintegrativo Infantil se desmarca claramente del TEA en numerosos aspectos: tiene una tasa de prevalencia tremendamente menor (1/100.000 individuos) y su aparición clínica (de la regresión) se describe como <<repentina y abrupta>>. Los niños y niñas con TEA suelen debutar clínicamente de media con 01 años y 09 meses de edad. En nuestro caso, a diferencia de lo habitual, presentamos a una menor (siendo más habitual en varones) cuya edad de aparición es bastante tardía (a diferencia de la media situada en torno a los 03 años y 02 meses) y con una evolución errática (recaídas) poco frecuente.

Referencias Bibliográficas:

- Barger BD, Campbell JM, McDonough JD. Prevalence and onset of regression within autism spectrum disorders: a meta-analytic review. *J Autism Dev Disord* 2013; 43: 817–28.
- Loomes R, Hull L, Mandy WPL. What is the male-to-female ratio in autism spectrum disorder? A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2017; 56: 466–74.

P46

TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL: UNA REALIDAD SILENTE EN PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

PRIMER AUTOR: Guillermo Pérez Mora, Psiquiatra Infanto-Juvenil. Unidad de Salud Mental Vecindario, Las Palmas de Gran Canaria

OTROS AUTORES: Carlos Alemán Santana, Dulcinea Vega Dávila, Claudio Cabrera Velázquez
Laura Sáiz Cortés

RESUMEN:

Introducción:

El Trastorno Disfórico PreMenstrual (TDPM) es una entidad clínica con una importante tasa de prevalencia en la población general (tasa estimada: 2-8%). A pesar de ello, es un síndrome todavía bastante desconocido en Psiquiatría.

Se caracteriza por una aparición cíclica (durante al menos dos ciclos menstruales) de un cortejo sintomatológico notablemente heterogéneo, tanto a nivel físico (letargia, insomnio o hipersomnía, dolores musculares y/o articulares) como psicológico (labilidad emocional, irritabilidad, ánimo depresivo o ansiedad). Dichos síntomas (5 o más) han de aparecer durante la última semana antes del inicio de la menstruación, comenzar a mejorar unos días después, y estar mínimamente presentes o ausentes durante las semanas siguientes.

A pesar de que: 1) la intensidad de los síntomas puede variar de moderada a severa, 2) produce una interferencia clínicamente significativa y 3) millones de niñas y mujeres lo padecen alrededor del mundo; la mayoría no están diagnosticadas ni tratadas. Presentamos el caso clínico de una menor de edad con TDPM previamente no diagnosticado, y tratado exitosamente.

Material y método:

Se trata de una menor de 11 años, con un diagnóstico previo de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y en tratamiento psicofarmacológico a base de metilfenidato de liberación prolongada y melatonina. En la primera consulta realizada, madre e hija describieron un cortejo sintomático compatible con un TDPM; por ello, se realizó durante los siguientes meses un registro de dicha sintomatología.

Resultados:

Una vez confirmada la persistencia de dicha sintomatología y su correlación cronológica, se procedió a instaurar el tratamiento psicofarmacológico de elección: un Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina (ISRS).

Comenzamos con una dosis de 50 mg/d de Sertralina, añadido a su tratamiento previo habitual (ya referido).

La sertralina no fue eficaz inicialmente, por lo que se incrementó la dosis a 100 mg/día, siendo también ineficaz. No fue hasta la dosis de 200 mg/día, cuando se produjo una clarísima mejoría clínica, así reflejada en el registro sintomatológico.

Desde entonces, se ha mantenido clínicamente estable. Incluso, posteriormente, madre y paciente decidieron ensayar un tratamiento anticonceptivo vía oral (dienogest 2 mg / etinilestradiol 0,03); y a pesar de ello, la mejoría clínica no se vio afectada en ningún momento, manteniéndose el tratamiento con sertralina 200 mg/d.

Discusión/conclusiones:

En definitiva, nos encontramos ante una entidad clínica escasamente conocida en el ámbito de la Psiquiatría, con una prevalencia nada desdeñable, y que evidentemente conlleva importantes repercusiones a nivel físico y emocional. Nuestra paciente, una vez correctamente diagnosticada, recibió el tratamiento gold standard (sertralina - ISRS), que fue totalmente eficaz a una dosis de 200 mg/d.

Por todo lo anteriormente referido, dicha entidad diagnóstica debería ser fácilmente reconocible y tratable por cualquier Psiquiatra Infanto-Juvenil.

Referencias Bibliográficas:

Lanza di Scalea T, Pearlstein T. Premenstrual Dysphoric Disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2017 Jun;40(2):201-216.

Sepede G, Sarchione F, Matarazzo I, Di Giannantonio M, Salerno RM. Premenstrual Dysphoric Disorder Without Comorbid Psychiatric Conditions: A Systematic Review of Therapeutic Options. *Clin Neuropharmacol.* 2016 Sep-Oct;39(5):241-61.

P47

COMPLEMENTANDO LA TCC: TÉCNICA DE LA EXTERNALIZACIÓN DEL SÍNTOMA. A PROPÓSITO DE UN CASO DE MIEDO A DORMIR SOLO EN EL PROGRAMA DE SOPORTE A LA PRIMARIA.

PRIMER AUTOR: Jara Lopez Serrano, Psicóloga clínica. Centro de salud mental infanto-juvenil de Sant Martí-La mina. Hospital del Mar

OTROS AUTORES: Anna Vilar Garces, Ana Salvador Castellano, Helena Navarro Martinez, María Teresa Nascimento Osorio, Magdalena Marron Cordon, Iciar Ezquiaga Bravo, Esther Baeza Tena, Santiago Batlle Vila, Luis Miguel Martin

RESUMEN:

Introducción:

La intervención emocional en niños y familias es una parte clave del trabajo terapéutico, tanto para entender y analizar el síntoma como para mejorar la funcionalidad del sistema familiar. La intervención consta de diferentes posibles pasos/fases a seguir.

- Primera, el Aterrizaje del niño en la terapia: Primer contacto, cómo abordamos el problema, pactar el trabajo y conocer al niño más allá del problema.
- Segunda, Externalización del síntoma: SITUAR EL PROBLEMA FUERA DE UNO MISMO PARA PODER ANALIZARLO MEJOR
- Pautas a la familia / escuela
- Seguimiento y valoración

Material y método:

Presentamos un caso de un niño de 11 años derivado por pediatría para valoración psicológica en el programa de soporte a la primaria de referencia. El niño presenta intenso miedo a ir a dormir solo de 5 años de evolución, con rituales antes de ir a la cama, ansiedad, rumiaciones negativas y catastróficas y bajo estado de ánimo. El paciente no va a las colonias de la escuela, ni a dormir a casa de amigos ni a pasar la noche a casa de familiares cercanos.

El paciente es hijo único, convive con ambos padres. Tiene buen rendimiento escolar y está adaptado socialmente. Realiza alguna actividad extraescolar.

No destacan antecedentes personales ni familiares de interés. La relación con ambos progenitores es buena.

La orientación diagnóstica inicial es de Fobia específica.

Tratamiento psicológico:

- 1) Se trabaja con el niño y la madre, intentado cambiar la posición de los padres de seriedad, focalización en el problema y paralización familiar a una más esperanzadora, con capacidad de resolver problemas, relajada e imaginativa. Se trabaja con el niño la motivación e imaginación.
- 2) Externalización del síntoma: exploración a través de los dibujos y construcción de la externalización. Objetivos: disminuir culpa y vergüenza. Se le pone un nombre al problema, se analiza la historia del problema y se le da una historia alternativa. (Ver Figura 1)
- 3) Pautas a la familia siguiendo la TCC : aproximaciones progresivas pactadas con el niño (Tabla 1)
- 4) Abordaje de dificultades
- 5) Fomentar autoestima y cooperación en todo el proceso
- 6) Seguimiento

Resultados:

La intervención psicológica se realizó a nivel individual y familiar con frecuencia quincenal o mensual. A los 3 meses del inicio del tratamiento el paciente era capaz de dormir mejor: sueño más profundo y menos despertares (pasó de despertarse una media de 5 veces a ninguna), remitieron los rituales, bajó la ansiedad anticipatoria y aumentó su percepción de control sobre el síntoma. A los 4 meses de tratamiento el niño empieza a dormir solo en su habitación. (Tabla 2). En el CSMAS no obtiene puntuaciones significativas de ansiedad a los 4 meses de tratamiento. (Tabla 3)

Discusión/conclusiones:

La intervención emocional en niños y familias a través de la externalización del síntoma da una nueva perspectiva para ambos, cambiando la posición de bloqueo, desesperación y severidad en las medidas adoptadas a una visión más relajada del problema, usando la creatividad, y des-focalizando la atención hacia otras partes del niño que presenta el síntoma.

Aumenta la responsabilidad del niño en la solución, aumenta la percepción de control y la autoeficacia, mejora el clima familiar y hay una mejora de la clínica presentada al inicio de la intervención.

Añadir la intervención emocional a las técnicas cognitivo-conductuales de aproximaciones sucesivas puede aumentar la motivación y la creatividad y hacer partícipe al niño y a la familia de la solución al problema, mejorando la sintomatología clínica de manera sustancial.

Referencias Bibliograficas:

1. Freeman, Epston, Lobovits (1997). TERAPIA Narrativa para niños. Aproximación a los conflictos familiares a través del juego. Paidós

P48

USO DE CLOZAPINA EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID.

PRIMER AUTOR: Soraya Geijo de Uribe, Jefa de Sección Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

OTROS AUTORES: Carmen M^o Capella Meseguer, Eva M^o Rodríguez Vázquez, Nieves de Uribe Victoria, Mónica de Lorenzo Calzón, Marta Gómez García, Isabel de la Montaña Santos Carrasco, Joana Isabel Gonçalves Cerejeira, Ruth González Collantes, Beatriz Mongil López

RESUMEN:

Introducción:

La clozapina es un antipsicótico derivado dibenzodiazepínido con indicación para pacientes con esquizofrenia resistente a otros tratamientos antipsicóticos.

Comparado con otros antipsicóticos no produce aumento de prolactina, evitando por tanto efectos adversos como la ginecomastia, la amenorrea, la galactorrea o la impotencia sexual. Predice además menos efectos extrapiramidales. También ha demostrado ser más eficaz que otros antipsicóticos en la

Prevención de conducta suicida. Presenta riesgo de granulocitopenia, agranulocitosis y convulsiones.

Material y método:

Se realiza un estudio de tipo retrospectivo descriptivo de los casos ingresados en la UHB de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Valladolid entre junio de 2007 y noviembre de 2018.

Resultados:

Sobre un total de 1238 casos recogidos 4 de ellos han precisado tratamiento con clozapina, lo que supone un 0,3231% del total de pacientes ingresados. Los cuatro casos recogidos mostraban una distribución por sexos igual, siendo dos de ellos varones y dos mujeres.

Discusión/conclusiones:

En los casos expuestos se realizaron las analíticas pertinentes sin observarse en ninguno de los casos alteraciones analíticas. En todos los casos se observó una mejoría clínica y en algunos de ellos efectos secundarios como la sedación, el aumento de apetito o el empeoramiento de tics.

Referencias Bibliograficas:

- Stahl, S., Grady, M. and Muntner, N. (2015). Psicofarmacología esencial de Stahl. Madrid. Editorial Aula Médica.
- Taylor, D., Barnes, T. and Young, A. (n.d.). The Maudsley prescribing guidelines in psychiatry.

P49

ALTERACIONES EN EL NEURODESARROLLO Y EN LA CONDUCTA EN EXPREMATUROS EXTREMOS Y MUY EXTREMOS A LOS 2 AÑOS DE EDAD

PRIMER AUTOR: Maria Elias Abadías, Psicóloga clínica Sénior

Unitat 0-5. Àrea de Salut Mental. Hospital de Sant Joan de Déu

OTROS AUTORES: Teresa Crespo, Judith Dechatalogne, Laia Villalta

RESUMEN:

Introducción:

Como consecuencia de los avances médico-quirúrgicos materno-fetales y perinatales la supervivencia de los niños prematuros ha mejorado tanto que la principal preocupación ahora se está desplazando hacia las consecuencias en el neurodesarrollo de estos niños, tales como: la discapacidad cognitiva, las dificultades del lenguaje, los problemas del aprendizaje, las discapacidades sensoriales y motoras, y las alteraciones socio-comunicativas. Estas consecuencias de la prematuridad se extienden a la edad escolar, la adolescencia y más allá.

Los estudios de seguimiento a largo plazo muestran que la detección e intervención temprana impactan en el neurodesarrollo con mejoras funcionales en la adolescencia y la edad adulta¹.

El objetivo principal del estudio es describir la presencia de alteraciones en el neurodesarrollo y en la conducta en una muestra de pacientes exprematuros a los 2 años. Secundariamente se pretende explorar la existencia de diferencias entre los exprematuros muy extremos y los exprematuros extremos.

Material y método:

Participantes:

Muestra clínica de conveniencia de pacientes exprematuros extremos (28-32 semanas) y muy extremos (<28 semanas) que acuden a los 2 años de edad corregida a consultas externas del servicio de salud mental de un hospital suprasectorial (Hospital de Sant Joan de Déu Barcelona) en el contexto de un programa clínico de detección precoz de dificultades en el neurodesarrollo en neonatos con factores de riesgo neurológico.

Medidas:

DAWBA (Development and Well-Being Assessment)²: Se utiliza la versión española para padres de niños de 2-17 años. Es una entrevista diagnóstica de trastornos mentales basada en el DSM-IV. Se utilizan las preguntas de triaje psicopatológico que encabezan distintos módulos diagnósticos, abarcando las siguientes áreas: desarrollo general, desarrollo del lenguaje, síntomas de TEA, síntomas de TDAH, problemas de conducta y alimentación.

Análisis:

Se realiza un análisis descriptivo transversal de la frecuencia de dificultades psicopatológicas y de conducta. A nivel exploratorio se pretende realizar un análisis comparativo entre el grupo de exprematuros extremos y muy extremos.

Resultados:

Se evaluó a los 2 años de edad corregida, un total de n=13 prematuros muy extremos y n=13 prematuros extremos. Respectivamente, n=9 (69%) y n=2(15%) refirieron un nivel de desarrollo global por detrás que los iguales, n=11(85%) y n=3 (23%) refirieron problemas en el desarrollo del lenguaje; n=8 (62%) y n=3 (23%) problemas en la interacción social; n=7(54%) y n=1(8%) problemas de hiperactividad o inatención; n=5(38%) y n=1(8%) problemas de conducta; n=5(38%) y n=3 (23%) problemas de alimentación.

Discusión/conclusiones:

Los padres de niños prematuros refieren frecuentes dificultades en distintas áreas del desarrollo, incluyendo problemas en el lenguaje, en la interacción social, en el nivel de actividad, en la conducta y en la alimentación. La presencia de dificultades en estas áreas es particularmente frecuente en los prematuros muy extremos (<28 semanas).

Los resultados sugieren la necesidad de tener particularmente en cuenta esta población en programas preventivos y de intervención precoz.

Referencias Bibliograficas:

1. Rogers E, Hintz S. Early neurodevelopmental outcomes of extremely preterm infants. *Semin Perinatol*. 2016 40(8):497-509.
2. Goodman R FT, Richards H, Gatward R, Meltzer H. The development and well-being assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*. 2000(41):645-655.

P50

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE MENORES QUE RESIDEN EN CENTRO DE EDUCACIÓN INTENSIVA

PRIMER AUTOR: Cristina Luz Gómez González, Psiquiatra en Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Mollet (Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona)

RESUMEN:

Introducción:

Los Centros Residenciales de Educación Intensiva (CREI) son centros residenciales que acogen a jóvenes de entre 12 y 18 años que se encuentran tutelados por la Generalitat de Cataluña. Estos adolescentes presentan alteraciones conductuales graves que dificultan su convivencia ya sea a nivel familiar, dentro de un centro de acogida ordinario o en un centro residencial abierto.

Estos adolescentes van a tener en su mayoría diagnósticos de patología mental. Estos menores van a recibir en el centro una intervención intensiva en un contexto de convivencia cotidiana por parte de educadores y de dos psicólogos a la que se añade la intervención de un psiquiatra quincenalmente.

El objetivo del presente estudio es realizar una descripción la población de menores que reside en el centro y es visitada por salud mental.

Material y método:

Se va realizar un estudio descriptivo. Para ello se coge una muestra de 40 menores que han residido en el CREI en el periodo de noviembre de 2018 a febrero de 2019, recogiendo tanto sus características demográficas como su diagnóstico y tratamiento entre otras variables. Respecto a los diagnósticos se excluyen los que no aparezcan reflejados en el DSM 5 o CIE-10.

Resultados:

La totalidad de la muestra son varones, siendo la media de edad los 14.78 años. Más del 35% han nacido fuera de España. Aproximadamente un 80% admite consumo activo de tabaco. Aproximadamente un 40% admite consumo de otras sustancias, siendo la más frecuente el cannabis.

Al analizar los diagnósticos nos encontramos que un 46% tiene solo un diagnóstico, seguido por el 32% que tiene dos diagnósticos. EL diagnóstico más frecuente es de trastorno de conducta con un 46% seguido por TDAH con un 43%. Después siguen en frecuencia el trastorno negativista desafiante y el CI límite.

En relación a los fármacos utilizados, el 40,5% se encuentra en tratamiento sólo con un fármaco y el 13,5% está en tratamiento con tres o más fármacos. Cabe descartar que un 21,6% no lleva ningún psicofármaco. El 70% se encuentra en tratamiento con un antipsicótico, siendo los segundos fármacos más prescritos antidepresivos y estimulantes.

Discusión/conclusiones:

Como cabía esperar los menores tienen un predominio diagnóstico de trastornos que se asocian con alteraciones de conducta y dificultades en las relaciones. Dado el elevado porcentaje de comorbilidad, es una variable que habrá que tener en cuenta para su abordaje terapéutico. A esto hay que añadir el consumo esporádico de sustancias y las situaciones familiares y sociales fuera del centro.

Las características de estos pacientes reflejan la necesidad una intervención compleja y que precisa todavía de más estudios sobre este tipo de población para poder realizar un manejo lo más adecuado posible.

Referencias Bibliograficas:

1. American Psychiatric Association (APA). (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales dsm-5. Barcelona: Masson.
2. Galán rodríguez a. Recursos residenciales para menores seriamente disruptivos: aportaciones técnicas a un debate social e institucional. Papeles del psicólogo 2013.

P51

ESQUIZOFRENIA DE INICIO TEMPRANO Y DÉFICIT COGNITIVO.

PRIMER AUTOR: Maria Rodríguez Campos, Psiquiatra

CSM Infanto-Juvenil Fuenlabrada

OTROS AUTORES: Paloma Vazquez de la Torre Escalera

RESUMEN:

Introducción:

Trastornos de la atención y de la memoria de trabajo suelen anteceder el inicio de la Esquizofrenia de inicio temprano. Frecuentemente se ha atribuido a los síntomas psicóticos o a los psicofarmacos como causantes del deterioro cognitivo, pero la realidad nos muestra que los déficits cognitivos pueden estar presentes antes de la aparición del primer episodio.

Material y método:

Análisis de un caso real

Resultados:

Paciente de 15 años que inicia seguimiento en CSMIJ, para valorar sintomatología ansiosa y alteraciones del comportamiento. Como antecedentes personales de interés, tía materna con diagnóstico de Esquizofrenia.

Además, la paciente, desde hacía dos años, estaba en programa de necesidades educativas especiales en su centro escolar, con un CIT de 78.

La paciente refería que desde hacía mucho tiempo, al menos más de seis meses, escuchaba en su mente susurros, conversaciones que no entendía “y que siento que me insultan, me juzgan, controlan lo que pienso, es desagradable, pero ya me he acostumbrado”. Decía que desde hacía un mes, estas voces y estas sensaciones son mucho peores, llegando a angustiarse y a invadirla más. Pensaba que algunas personas estaban conectadas con la NASA, así que, continuamente, limpiaba sus restos de saliva o pelo del suelo.

Durante el seguimiento, tras intervención psicofarmacológica, de psicoterapia individual así como psicoeducativa familiar, mas la necesidad de hospitalización psiquiátrica durante más de 4 semanas, se ha ido poniendo de manifiesto un diagnóstico de Esquizofrenia.

Tras conocer el diagnóstico actual, las conclusiones del equipo de orientación psicopedagógica de su centro escolar respecto a su funcionamiento cognitivo, dejan en un segundo plano una discapacidad intelectual global.

Señalan lo llamativo de los diferentes resultados según la prueba realizada, sobretodo en las dirigidas. La paciente tenía un llamativo buen funcionamiento en pruebas de factor espacial, de matrices lógicas y de encajar figuras.

Destacan sus dificultades para la atención, memoria de trabajo y expresión. Añaden un IGF con CI 67 y un Test de Raven de CI 100. Presentaba un WISC-IV CIT 78, donde, no obstante, el razonamiento perceptivo era de 91.

Discusión/conclusiones:

La identificación de los tipos y las características de los déficits cognitivos antes del inicio de la esquizofrenia y durante su curso posterior, podría mejorar la detección temprana y contribuir a nuestra comprensión de la evolución de los déficits cognitivos centrales que subyacen a este trastorno.

Referencias Bibliográficas:

Liu Y, Wang G, Jin H. **Cognitive deficits in subjects at risk for psychosis, first-episode and chronic schizophreniapatients.** PsychiatryRes. 2019 Feb

P52

HIPERPROLACTINEMIA CAUSADA POR ANTIPSICÓTICOS EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL: FRECUENCIA Y RELEVANCIA CLÍNICA

PRIMER AUTOR: Pablo Vidal Pérez, Psiquiatra infanto-juvenil / Hospital Universitario Parc Taulí
OTROS AUTORES: Julia Calama Martín, Nerea Gonzalez García, Cristina Robles Lázaro, Raquel Cabezas Mesonero, Maria Teresa Mories Alvarez, Ana López Villarreal, Rafaela de la Mata Hidalgo, Montserrat Pamiás Massana, Angel Luis Montejo González

RESUMEN:

Introducción:

Los antipsicóticos (APS) se usan en una amplia variedad de trastornos en niños y adolescentes a pesar de que en muchas de estas patologías no existe indicación en ficha técnica para este uso. El aumento de su prescripción puede comprometer la relación en eficacia, seguridad y tolerabilidad en esta población.

El presente estudio tiene como objetivo establecer la prevalencia e intensidad de la hiperprolactinemia en pacientes que toman diferentes APS en población infanto-juvenil y determinar la presencia de efectos secundarios asociados al aumento de prolactina

Material y método:

Estudio descriptivo observacional transversal en una muestra de 62 casos de niño/as y adolescentes que realizan tratamiento antipsicótico junto con una muestra de 68 pacientes control.

Se realiza una determinación analítica donde se objetivan los niveles de prolactina entre diferentes tratamientos antipsicóticos y los efectos secundarios causados.

Resultados:

La muestra de estudio está formada por un total de 62 casos, 42 varones (67.7%) y 20 mujeres (32.3%), con una edad media de 12.98 ± 3.49 años y 68 controles cuya edad media fue 12.28 ± 3.53 años, mayoritariamente varones (47, 69.1%).

La mayor parte de los casos del estudio presentaban más de una patología principal, siendo el diagnóstico conjunto de TDAH y trastorno de la conducta el más frecuente en el grupo de pacientes (25.8%)

Los pacientes fueron tratados con risperidona mayoritariamente (69.4%), con una dosis media de 1.55 ± 1.42 mg, seguido de aripiprazol (21%) con una dosis media de 6.31 ± 4.28 mg. La duración media del tratamiento fue de 22.18 ± 23.28 meses con un nivel medio de prolactina de 30.28 ± 22.08 ng/ml.

Los niveles de prolactina fueron mayores para aquellos pacientes tratados con risperidona. Los niveles más bajos de prolactina se detectaron en pacientes tratados con aripiprazol, por debajo incluso de los niveles de prolactina de pacientes controles.

El 30.6% de los casos presentó ausencia de hiperprolactinemia, un 48.4% de los casos presentó hiperprolactinemia leve y un 21% de los casos hiperprolactinemia moderada. Las diferencias entre sexos en los niveles de hiperprolactinemia fueron no significativas ($X^2=0.266$, g.l.=2, $p>0.05$) (Figura 2).

Con respecto a los efectos secundarios se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de prolactina y la amenorrea ($Z=-0.18$, $p=0.026$), la galactorrea ($Z=-2.44$, $p=0.011$) y la ginecomastia ($Z=-3.01$, $p=0.001$) aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas que asociaran la presencia de hiperprolactinemia y la de alguno de los síntomas clínicos.

Discusión/conclusiones:

El conocimiento de los riesgos para la salud física asociados con la hiperprolactinemia en menores de 18 años nos ayudará a evitar problemas de seguridad de los tratamientos a largo plazo (a menudo de por vida) con antipsicóticos.

Los resultados pueden ser de ayuda para sensibilizar a la población médica sobre la monitorización rutinaria de los niveles de PRL. Solo un 10% de los psiquiatras realizan mediciones de forma rutinaria por desconocimiento de las consecuencias clínicas a corto y medio plazo y que influyen negativamente en la seguridad de la población infanto-juvenil que suele ser muy subestimada por los psiquiatras.

Por otra parte a investigación de este aspecto contribuirá a evitar la prescripción indiscriminada de tratamientos que puede suponer un riesgo para la salud física del paciente.

Referencias Bibliograficas:

1. Correll C: Antipsychotic use in children and adolescents: minimizing adverse effects to maximize outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008, 47:9–20.
2. Druyts et al.: Prolactin-related adverse events and change in prolactin levels in pediatric patients given antipsychotics for schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders: A systematic review. *BMC Pediatrics* 2016, 16:181.

P53

ESTUDIO SOBRE LA CONDUCTA AUTOLESIVA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES INGRESADOS

PRIMER AUTOR: Sofía Gómez Sánchez, Licenciado Especialista en Psiquiatría Hospital Clínico Universitario de Salamanca

OTROS AUTORES: Henar de la Red Gallego, Isabel Sevillano Benito, Soraya Geijo Uribe, María Victoria Martín Arranz, Beatriz Mongil López, Mercedes Vaquero Casado, De Uribe Ladrón de Cegama.

RESUMEN:

Introducción:

El aumento de las autolesiones entre menores de edad se ha convertido en un problema de salud pública. Se estima que 20-25% de los adolescentes en seguimiento en Salud Mental se autolesionan y con frecuencia asocian comportamiento suicida. Además, se asocian a psicopatología en la edad adulta.

Se pretende describir las características demográficas, clínicas y terapéuticas de los menores ingresados en una Unidad de Psiquiatría Infanto Juvenil (UHBIJ).

Material y método:

Estudio descriptivo transversal sobre la prevalencia de autolesiones entre los menores ingresados en la UHBIJ de Castilla y León entre enero y junio de 2018.

Variables: edad, sexo, abuso de sustancias, familia de origen, diagnóstico.

Instrumentos: Se administraron los cuestionarios FASM (Autoinforme de Evaluación Funcional de la Automutilación), y MACI (Inventario Clínico para Adolescentes Millon).

Para el análisis de las variables cuantitativas se usaron medias y desviaciones estándar; para las cualitativas, frecuencias y porcentajes.

Resultados:

De los 69 pacientes ingresados, 14(20.3%) presentaron autolesiones. Edad media 14,7(1,3). 13(92,9%) fueron mujeres. Consumo de sustancias: 3(21,4%). Padres separados: 9(64,3%). Procedencia urbana: 9(64,3%). Diagnóstico: 2 (14,3%) TDAH; 2(14,3%) TCA; 4(28,6%) Gesto autolítico; 3(21,4%) Trastorno Adaptativo mixto; 1(7,1%) Trastorno de vinculación, 1(7,1%) Trastorno disocial; 1(7,1%) TEPT.

Edad media primera autolesión 13,4(1,5). Método: lo más frecuente fueron los cortes: 85,7% seguido de introducirse objetos bajo las uñas o piel: 78,6% y quemarse: 57,1%.

Predominaron los prototipos de personalidad introvertido y rebelde. Preocupaciones expresadas: desagrado con el propio cuerpo, abusos en la infancia, discordancia familiar, inseguridad con iguales.

Discusión/conclusiones:

El porcentaje de adolescentes que mostraron conductas autolesivas fue consistente con los resultados de estudios similares. El sexo femenino, separación parental y procedencia urbana se identificaron como factores de riesgo dentro de nuestra muestra. Los pacientes manifestaron intencionalidad ansiolítica, el autocastigo y la evitación de pensamientos negativos.

Conocer las características de los menores que se infligen lesiones intencionadamente es importante en la prevención y tratamiento de las mismas, así como en la detección de posibles comorbilidades o complicaciones.

Referencias Bibliográficas:

1. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. Arch Gen Psychiatry 2003;60:837-44.
2. Evans E, Hawton K, Rodham K, Deeks J. The Prevalence of Suicidal Phenomena in Adolescents: A Systematic Review of PopulationBased Studies. Suicide Life-Threat Behav 2005;35(3):239-50.

P54

ESPECTRO ESQUIZO-OBSESIVO: EVOLUCIÓN DE LA INFANCIA A LA ADULTEZ, A PROPÓSITO DE UN CASO

PRIMER AUTOR: Consuelo Lillo Moreno, Psiquiatra de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Área de Gestión Clínica de Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz

OTROS AUTORES: María Luz Casillas Lara, David Manuel Gómez Gil, Belén Molina Gómez

RESUMEN:

Introducción:

Observación de evolución de un caso de TOC severo en la infancia, con aparición de síntomas esquizo-obsesivos durante la evolución de su desarrollo. Establecer bases para el estudio de la evolución de los síntomas obsesivos graves en los niños.

Material y método:

Descripción de Caso Clínico, con datos extraídos a partir de la Historia Clínica Digital del Servicio Andaluz de Salud (DIRAYA)

Resultados:

Paciente de 19 años en la actualidad, que comenzó a consultar en su infancia por inhibición social y tics motores, a los que se fueron uniendo síntomas obsesivo-compulsivos; inicialmente ideas egodistónicas de contaminación, seguidas de rituales de lavado, que fueron evolucionando a ideas obsesivas cada vez más bizarras y con menor vivencia de absurdo por parte de paciente, acompañadas de rituales semi-mágicos.

Discusión/conclusiones:

La observación de la evolución de los síntomas obsesivos graves durante la infancia, hacen necesaria estudiar la evolución de estos síntomas y su relación con la psicosis, en muchas ocasiones dentro de un espectro en el que se mueven los síntomas formando un continuum.

Referencias Bibliograficas:

Janowitz et al. Early onset of obsessive-compulsive disorder and associated comorbidity. *Depress Anxiety*. 2009;26(11):1012-7
Mc Elroy SL, Phillips KA, Keck PE Jr. Obsessive compulsive spectrum disorder. *J Clin Psychiatry*. 1994 Oct;55 Suppl:33-51.

P55

DISREGULACIÓN EMOCIONAL Y ALEXITIMIA EN ADOLESCENTES CON ANOREXIA NERVIOSA.

PRIMER AUTOR: Alfredo Aguilar Fernández, Psicólogo clínico. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.

OTROS AUTORES: Esther Via Virgili, Lúdia Torrent Sola, Narcís Cardoner Álvarez, Jordi Torralbas Ortega, Jose Antonio Monreal Ortiz, Diego Palao Vidal, Montserrat Pàmias Massana

RESUMEN:

Introducción:

Un número creciente de estudios demuestran las dificultades en regulación emocional en los trastornos alimentarios, incluida la anorexia nerviosa, que está relacionada con mayor gravedad del trastorno alimentario (Anderson et al, 2017). La restricción, al igual que los atracones y purgas, pueden ser estrategias desadaptadas para evitar o manejar emociones negativas. Por otro lado, se ha demostrado que los pacientes con Anorexia Nerviosa presentan mayor dificultad para identificar y describir correctamente emociones (alexitimia) en comparación con controles sanos. La alexitimia podría tener un gran impacto en la regulación emocional de los pacientes con anorexia nerviosa de tipo restrictivo, que suelen tener de forma consistente dificultades en conciencia de sus emociones (Brown et al, 2017).

El objetivo de este estudio es describir la presencia o no de disregulación emocional y alexitimia en pacientes adolescentes y adultos jóvenes, así como analizar cómo estas variables se relacionan con mayor psicopatología alimentaria.

Material y método:

La muestra está formada por diecisiete pacientes de género femenino entre 13 y 21 años (media 17,1) con diagnóstico de Anorexia Nerviosa y Anorexia nerviosa atípica, todas usuarias de la Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell. Trece reciben seguimiento ambulatorio en el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil y cuatro en el Centro de Salud Mental de adultos.

Se estimó la capacidad cognitiva mediante dos pruebas de la escala de inteligencia de Wechsler WISC y WAIS. Seis de ellas tienen diagnóstico comórbido (el más frecuente trastorno de ansiedad) y nueve de ellas toman tratamiento farmacológico (los más frecuentes fluoxetina y escitalopram). Todas las pacientes contestaron a la escala de dificultades en regulación emocional (DERS), la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20) y el inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-3). Para analizar los datos se utilizó el programa estadístico SPSS y se utilizó la correlación de spearman, con p-valores fijados a $p < 0.05$ para significación estadística.

Resultados:

Un total de diecisiete sujetos han sido incluidos, como parte de un estudio en marcha.

Las pacientes tienen una capacidad cognitiva estimada dentro de la normalidad (media 102,3, SD 12,4), cinco cursan una carrera universitaria (dos de las cuales también trabajan), diez cursan estudios secundarios y dos no estudian ni trabajan. El índice de masa corporal medio se encuentra dentro de la normalidad (IMC medio 20,35, SD 2,4), explicado porque hay casos de anorexia nerviosa atípica o porque actualmente se encuentran en remisión de la clínica alimentaria.

La muestra tuvo puntuaciones levemente por encima de la media en la mayor parte de las escalas de disregulación emocional, con puntuaciones dentro de la normalidad en desatención emocional (11,1 puntos) y rechazo emocional (18,9 puntos) y por encima en confusión emocional (11,6 puntos), interferencia cotidiana (15,2 puntos) y descontrol emocional (26,8 puntos). En la escala total la media fue de 83 puntos, con SD de 17 puntos, superior a la media normativa en mujeres aparecida en la validación en español de la escala (59,1 puntos).

La media de TAS-20 es de 48,9 y SD de 12,2, puntuación dentro de la normalidad, aunque siete pacientes (un 42% de la muestra) presentan puntuaciones de posible alexitimia (rango 52-60) y tres de clara alexitimia (a partir de 61). Las pacientes con puntuaciones de 52 o mayores en TAS-20 tienen una media de 68,3 en el índice de riesgo de TCA que indica mayor gravedad en la conducta alimentaria, mientras los que tienen menor alexitimia muestran una media de 58,3 en la misma escala.

La escala EDI-3 muestra que las pacientes presentan puntuaciones cercanas al rango clínico elevado, con una media de 63,3 puntos en la escala obsesión por la delgadez y 62,9 puntos en el índice de riesgo de TCA. Mientras por otro lado muestran alta puntuación (media 62,3 puntos) en el índice desajuste psicológico general, siendo las medias de puntuaciones T más altas las de baja autoestima (68,9 puntos), sentimientos de alienación personal (62,5 puntos) y miedo a la madurez (62,3 puntos).

Se observa una relación positiva y significativa entre disregulación emocional (DERS) y alexitimia (TAS-20), con $p = 0,002$. La puntuación total de la escala DERS correlaciona significativamente ($p < 0,05$) en la mayor parte de escalas de EDI-3, incluido el índice de desajuste psicológico. Hay relación, pero no estadísticamente significativa, con las escalas propias del trastorno alimentario, como obsesión por la delgadez ($p = 0,147$) y el índice de riesgo de TCA ($p = 0,053$). En alexitimia los resultados son similares, aunque no se relacionan significativamente con inseguridad interpersonal y miedo a la madurez.

Discusión/conclusiones:

- Las pacientes con Anorexia Nerviosa muestran leves dificultades de disregulación emocional y alexitima, según las puntuaciones obtenidas aquí y en comparación con la muestra normativa.
- Las dificultades en disregulación podrían relacionarse con tener claridad de las emociones que experimentan y en capacidad para concentrarse, cumplir tareas y mantener el control del comportamiento cuando experimentan emociones negativas. En algunos estudios se han obtenido resultados similares (Weinbach et al, 2017) y en otros se han obtenido mayores puntuaciones en disregulación, incluso se ha observado alta disregulación emocional en chicas adolescentes (Weinberg et al, 200). Probablemente nuestra muestra no ha obtenido mayores puntuaciones al incluirse casos atípicos y con remisión en la clínica. Por otro lado la literatura muestra mayor disregulación emocional en pacientes adultos y en trastornos alimentarios con atracones/purgas, mientras nuestra muestra está formada por adolescentes y predomina el tipo restrictivo.
- La disregulación emocional se relaciona de forma significativa con alexitimia. Ambas están asociadas al malestar psicológico general de las pacientes, con baja autoestima, sentimientos de alienación y desconfianza interpersonal, déficits interoceptivos, desajuste emocional, ascetismo y perfeccionismo. Aunque se muestra la relación entre estas dificultades con la gravedad de la clínica alimentaria, la relación no llega a ser significativa.
- Para evitar limitaciones inherentes a los estudios transversales se pretende ampliar la muestra de esta prueba piloto, incluido pacientes de sexo masculino.

Referencias Bibliograficas:

1. Anderson, L. K., Claudat, K., Cusack, A., Brown, T. A., Trim, J., Rockwell, R., ... & Kaye, W. H. (2018). Differences in emotion regulation difficulties among adults and adolescents across eating disorder diagnoses. *Journal of clinical psychology*, 74(10), 1867-1873.
2. Brown, T. A., Avery, J. C., Jones, M. D., Anderson, L. K., Wierenga, C. E., & Kaye, W. H. (2018). The impact of alexithymia on emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa over time. *European Eating Disorders Review*, 26(2), 150-155.

P56

¡QUÉ EXPLOTE EL MUNDO!

PRIMER AUTOR: Sergio Nuñez Sevillano, Residente en Psiquiatría de 3r año.

Complejo Asistencial Universitario de León

OTROS AUTORES: Virginia Garrido Fernández, Enrique Ortega García, Isabel González Rodríguez

RESUMEN:

Introducción:

C.C es una paciente de 16 años, natural de León, que vive con su madre y la pareja de la misma, es derivada a hace tres años al Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil por alteraciones del comportamiento y de las relaciones interpersonales.

Siguiendo la evolución de la paciente se muestran rasgos de la personalidad clúster B, especialmente compatibles con Trastorno Límite de la Personalidad, con una inestabilidad emocional marcada, un vacío existencial y elevada impulsividad, pese a que a su edad no se pueda establecer el diagnóstico.

Material y método:

Actualmente la paciente se encuentra consciente, orientada, abordable y colaboradora. Ligera inestabilidad anímica con escasa ansiedad en las entrevistas, incluso en las que ha habido residentes que desconocía. Discurso coherente y fluido, con un elevado nivel metafórico, denostando cierta rabia hacia el mundo, mostrando muy escasa empatía hacia quienes la rodean. De forma esporádica aparece la idea recurrente de “querer hacer que el mundo explote con un botón para acabar con todo, incluida yo”. Dificultad para mantener las relaciones sociales, con cierto desinterés, aparentemente adquirido tras el rechazo en el pasado y la vulnerabilidad que le ha generado, que progresivamente justifica con ideas excéntricas sobre valores morales acerca de la amistad. Ideas sobrevaloradas relacionadas con el sentido de la vida, con moderada carga emocional y un pesimismo que no se traduce a nivel conductual. No alteraciones de la sensopercepción. No ideación de muerte estructurada, aunque amenazas recurrentes en el cono de discusiones o decepciones menores. Sueño y apetito conservado.

EEG (2015) : Mínimas alteraciones bitemporales. Fueron tratadas con antiepilépticos durante un año.

WISC-IV (2016): CI total de 88. RP: 91. MT: 97. VP: 82. CV: 97.

Resultados:

El diagnóstico diferencial en el caso parte del Asperger del que fue diagnosticada por sus comportamientos erráticos a nivel social. Tras un seguimiento estrecho, aparecen síntomas que se superponen entre un trastorno esquizotípico, dada su dificultad de relaciones interpersonales y pensamiento extravagante, con el trastorno límite de la personalidad.

La paciente mantiene terapia psicológica cognitivo conductual encarada a la gestión de las emociones y las relaciones interpersonales, con apoyo de tratamiento antidepresivo a dosis bajas para el control de fases de ánimo bajo.

Discusión/conclusiones:

Este caso se muestra como un ejemplo de la inestabilidad diagnóstica en psiquiatría, especialmente en edades tempranas, en el que la propia adolescencia puede enmascarar clínica que es compatible con un trastorno de la personalidad. Pese a las limitaciones de edad para los diagnósticos en este apartado, a día de hoy hay evidencia que apoya el inicio del trastorno límite de la personalidad a edades tempranas, por debajo de los 18, con propuestas de un abordaje precoz que disminuyan las complicaciones a largo plazo.

Referencias Bibliográficas:

1. Larrivé, M.-P. (2013). Borderline personality disorder in adolescents: the He-who-must-not-be-named of psychiatry. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15(2), 171–9. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24174891>
2. Chanen, A., Sharp, C., Hoffman, P., & Global Alliance for Prevention and Early Intervention for Borderline Personality Disorder, G. A. for P. and E. I. for B. P. (2017). Prevention and early intervention for borderline personality disorder: a novel public health priority. *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 16(2), 215–216. <http://doi.org/10.1002/wps.20429>

P57

EL ADELGAZAMIENTO CORTICAL ESTÁ ASOCIADO CON LA EMERGENCIA DE SÍNTOMAS PSICÓTICOS EN JÓVENES DE ALTO RIESGO FAMILIAR

PRIMER AUTOR: Gisela Sugranyes Ernest, Especialista Sénior / Investigadora; Hospital Clínic Barcelona e IDIBAPS

OTROS AUTORES: Elena De la Serna Gomez, Daniel Iizarbe Simorte, Jose Carlos Pariente, Soledad Romero Cela, Mireia Rosa Justicia, Inmaculada Baeza, Maria Dolores Moreno , Josefina Castro Fornieles

RESUMEN:

Introducción:

El estudio de niños y adolescentes hijos de patients con esquizofrenia o trastorno bipolar puede ayudar a entender los cambios que tienen lugar en el cerebro previo al debut de la enfermedad durante una época crítica del neurodesarrollo. Mientras que los estudios hasta la fecha se han centrado en el riesgo de psicosis como entidad única, existe evidencia sobre diferencias en el curso premórbido entre esquizofrenia y trastorno bipolar. Además, los estudios existentes se han centrado en población adulta, mientras que se ha sugerido que algunos de los cambios que preceden el trastorno tienen su inicio durante la infancia y adolescencia.

Material y método:

Ciento veintinueve individuos (80 alto riesgo: 34 hijos de pacientes con esquizofrenia y 46 hijos de pacientes con trastorno bipolar; y 49 controles comunitarios) de edades comprendidas entre los 6-17 años fueron evaluados a nivel clínico, cognitivo y con imagen por resonancia magnética estructural a nivel basal, 2 años y 4 años. Durante el periodo de seguimiento, veintidós participantes de alto riesgo desarrollaron un síndrome del espectro psicótico (síndrome de riesgo de psicosis o trastorno psicótico). Las imágenes por resonancia magnética se adquirieron en una máquina 3 Tesla del IDIBAPS, Hospital Clínic de Barcelona. Se llevó a cabo una reconstrucción de superficie cortical para calcular medidas de grosor cortical a nivel de hemisferio y a nivel lobar, corrigiéndose por volumen total intracranial. Las medidas lobares se corrigieron por comparaciones múltiples (FDR).

Resultados:

A nivel basal, los hijos de pacientes con esquizofrenia que experimentaron un síndrome del espectro de la psicosis al seguimiento presentaron un grosor cortical de la ínsula menor que aquellos que no lo desarrollaron. A nivel longitudinal, los hijos de pacientes con trastorno bipolar que desarrollaron un síndrome del espectro de la psicosis al seguimiento presentaron una mayor pérdida de grosor cortical en el lóbulo frontal, temporal, occipital e ínsula, en relación a aquellos que no y en relación a controles. Estos hallazgos fueron independientes del efecto del coeficiente intelectual, el consumo de sustancias o tratamiento con psicofármacos, y no se explicaban por la influencia de otros trastornos que caracterizan a este tipo de población, como los trastornos del estado de ánimo o el trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Discusión/conclusiones:

Subrayamos diferentes patrones de cambio en grosor cortical asociado a la emergencia de psicosis durante la infancia y adolescencia según riesgo familiar para la esquizofrenia o trastorno bipolar. Estos hallazgos deben tomarse en cuenta en estudios que evalúan el riesgo para la psicosis como una entidad única, y subrayan la importancia de estudiar población infanto-juvenil. .

Referencias Bibliograficas:

1. Demjaha A, MacCabe JH, Murray RM. How genes and environmental factors determine the different neurodevelopmental trajectories of schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophr Bull* 2012; 38(2):209-14.
2. Cannon TD, Chung Y, He G, et al. Progressive reduction in cortical thickness as psychosis develops: a multisite longitudinal neuroimaging study of youth at elevated clinical risk. *Biol Psychiatry* 2015; 77(2):147-57.

P58

FACTORES PSICOSOCIALES Y SU RELACIÓN CON LOS DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DE ADOLESCENTES DE ASTURIAS EN 2018.

PRIMER AUTOR: Laura Rubio Rodríguez, Medico Interno Residente en Área sanitaria V, Gijón. Asturias.

OTROS AUTORES: Icíar Abad Acebedo, Clara M. Álvarez Vázquez, Carlota Moya Lacasa José María González González

RESUMEN:

Introducción:

Empíricamente se ha observado que los pacientes que ingresan en la Unidad de adolescentes de Psiquiatra presentan factores psicosociales que influyen en el estado de salud y en el pronóstico de la enfermedad mental.

Objetivo:

Describir la relación encontrada entre los diagnósticos más frecuentes de los pacientes ingresados en la Unidad Psiquiátrica de adolescentes de Asturias en 2018 y los factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud (FIESCSS) según se recogen en CIE 10 (z00-z99).

Material y método:

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el que se recogen los diagnósticos de los pacientes ingresados en la Unidad de Psiquiatría de Adolescentes de Asturias en 2018. Se determinó cuales fueron los diagnósticos más frecuentes y se comprobó cuáles fueron los factores influyentes en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud (CIE 10; z00-z99).

Resultados:

En 2018 se registraron 87 pacientes con un total de 116 ingresos (29 reingresos), con 40 diagnósticos diferentes. Se encontraron 32 FIESCSS.

Los diagnósticos más frecuentes fueron: Trastornos del humor (F30-F39; N=34), Trastornos mentales del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides (F12; N=24), Trastornos del desarrollo psicológico (F84; N=21), Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (F90-98; N= 21), Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (F40 – F48; N= 12), Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes (F20-F29; N=9).

Los FIESCSS más frecuentemente relacionados fueron: Problemas relacionados con el grupo de apoyo, incluida las circunstancias familiares (Z63; N=40), Problemas relacionados con la educación y el alfabetismo (Z55; N=28), Historia personal de lesión autoinfligida intencionalmente (Z91.5; N=21), Problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida por acentuación de los rasgos de personalidad (Z73.1; N=11).

Los FIESCSS más frecuentes para F30-39 fueron Z55, Z63 y Z91.5; para F12, F84 y F90-98 fueron Z55, Z63, para F40 – F48 y para F20-F29 fue Z63.

Discusión/conclusiones:

Se encontró una alta prevalencia de los factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud (CIE 10) en los pacientes ingresados en la Unidad Psiquiátrica de adolescentes de Asturias en 2018.

Parece indicado establecer intervenciones tempranas familiares y sociales que logren mejorar estos aspectos de comorbilidad de los pacientes.

Referencias Bibliograficas:

- Trastornos Mentales y del Comportamiento. CIE-10.
- Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 6th Edition.

P59

SINTOMATOLOGÍA MOTORA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

PRIMER AUTOR: Rebeca Hernández Antón, Unidad de Hospitalización de Psiquiatría. Complejo Asistencial de Navarra

OTROS AUTORES: Natalia Cancelo Zariquiey, Marta Hernández Izquierdo, Gómez Sánchez, Gabriela Sánchez, Vanessa Fronda, Ángela Rosero, Ana Mármol

RESUMEN:**Introducción:**

La catatonía es un síndrome neuropsiquiátrico caracterizado por anormalidades motoras, que se presentan en asociación con alteraciones en la conciencia, el afecto y el pensamiento. Inicialmente, Kahlbaum describió el síndrome cuando observó pacientes que padecían una condición de «profunda melancolía».

Objetivos:

Exponer un cuadro catatónico en un menor; las dificultades en el enfoque diagnóstico y las alternativas terapéuticas.

Material y método:

Caso clínico:

Ingresa por sospecha de Primer Episodio Psicótico con predominio de clínica catatoniforme.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Varón de 12 años, que reside con sus padres y una hermana de 14 años. Padres naturales de Ecuador. Actualmente está cursando 1º ESO. Pobre socialización.

Toma contacto con Salud Mental a los 4 años por alteraciones de la conducta, dificultades en el lenguaje y dificultades en relaciones con iguales. A los 10 años mutismo selectivo en el colegio, extendiéndose progresivamente a otros ámbitos. En marzo de 2018 se objetiva clínica depresiva.

No consumo de tóxicos.

Desarrollo: Embarazo deseado, sin complicaciones. Parto eutócico (40 semanas). Lactancia materna ocho meses. Comenzó a caminar a los 14 meses, no gateó; dijo sus primeras palabras a los 6 años; rotacismo. Control de esfínteres a los dos años. No tics. No terrores nocturnos, fobias ni ansiedad de separación.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

- Padre: 43 años. Trastorno Bipolar.

- Madre: 40 años. Refiere que fue tratada con haloperidol cuando era una niña.

- Hermana: 14 años, precisó ingreso en Psiquiatría con 12 años, con el diagnóstico de Psicosis orgánica sin especificación.

PROCESO ACTUAL:

Desde hace dos años, el paciente comienza con mutismo selectivo en el colegio, que en el domicilio asocian con problemática con un compañero; en el último trimestre se observa un empeoramiento con tendencia al aislamiento, mayor inhibición y abandono del autocuidado. Pasa la mayor parte del tiempo encerrado en la habitación, jugando con videojuegos a deshoras. Comienza a dejar de hablar con familiares con los que mantenía una estrecha relación. Episodios de heteroagresividad.

Se evidencia falta de límites en la familia.

Resultados:

Durante los primeros días de ingreso persiste inmovilidad motora, mutismo, peculiaridades en el movimiento voluntario y eco-praxia; flexibilidad cérea, catalepsia y mantenimiento de posturas forzadas, paratonía, obediencia automática, disminución de braceo durante la marcha, estereotipias y reflejo de prensión positivo.

Se inició tratamiento con benzodiazepinas con mejoría clínica, el paciente es capaz de comer solo y de ducharse sin ayuda, actúa de forma espontánea, y comienza a interactuar con las compañeras y el personal. Comienza a emitir lenguaje sin alteraciones en la forma y el contenido. El paciente refiere que hace seis meses comenzó a sentir miedo con sensación de que otros compañeros lo vigilaban. Describe alucinaciones auditivas imperativas y de comando. Se inició tratamiento con antipsicóticos con buena tolerancia y respuesta.

Se realizaron analíticas y perfil neurometabólico en sangre y orina, EEG, RMN craneal y microarrays CGH en los que no se objetivan alteraciones.

Diagnóstico: psicosis orgánica sin especificación.

Se informa a Servicios Sociales del caso

Discusión/conclusiones:

Influencia de la carga genética familiar.

Impacto del entorno sociofamiliar en el desarrollo precoz de un primer episodio (¿trastorno vincular? ¿impacto de familiares con diagnóstico de trastornos mentales en la crianza?).

¿Diagnóstico más adecuado?

¿Recurso idóneo?

¿Inicio de tratamiento oral o depot? ¿qué antipsicótico? ¿cuál debería ser la duración aproximada del mismo?

¿TEC de entrada en este caso?

Referencias Bibliograficas:

1. PeraltaV, Cuesta MJ. Motor features in psychotic disorders.

2. Development of diagnostic criteria for catatonia. Schizophr Res 2001; 47:117-26.

P60

COMORBILIDAD EN TDAH EN UNA UNIDAD DE AGUDOS.

PRIMER AUTOR: Nieves De Uribe Viloria z, MIR3 Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Valladolid

OTROS AUTORES: Eva Rodríguez Vázquez, Carmen Capella Meseguer, Henar De La Red Gallego, Mercedes De Lera Alfonso, Soraya Geijo Uribe, Beatriz Mongil López, Maria Victoria Martín Arranz, Ruth González Collantes, Fernando De Uribe Ladrón De Cegama

RESUMEN:

Introducción:

El TDAH es el trastorno del neurodesarrollo más frecuente en la infancia, y se caracteriza por inatención, hiperactividad e impulsividad persistentes, que interfieren significativamente con el desarrollo académico, laboral y social, lo que se ve favorecido por su elevada comorbilidad.

Objetivo:

Estudiar las características y comorbilidad del TDAH en una UHB.

Material y método:

Estudio descriptivo sobre prevalencia y comorbilidad de TDAH en la UHB-IJ del HCUV, entre 2007-2018.

Variables: edad, sexo, estancia media, diagnóstico principal, diagnóstico secundario, TDAH, tóxicos, conflictiva en eje IV.

Análisis: IBM-SPSS-Statistics-23.

- Cuantitativas: medias, desviaciones estándar; T-Student
- Cualitativas: frecuencias, porcentajes; Chi Cuadrado

Resultados:

N = 1170 (45.85% V y 54.15% M), Edad = $13,8 \pm 2,62$ [5-18], Estancia media = $23,48 \pm 15,476$ [1-104].

El diagnóstico principal más frecuente fue T. Afectivo (22,5%), seguido de TCA (19,9%) y TDAH (14,7%); la frecuencia de TDAH total (principal y secundario) ascendía al 20,96%. Los subtipos de TDAH por frecuencia fueron: combinado (70,61%), predominio de déficit de atención (12,65%), sin especificar (11,02%) y predominio de hiperactividad/impulsividad (5,71%). Los diagnósticos comórbidos más frecuentes fueron: Trastorno de conducta, Retraso Mental, Trastornos de Ansiedad.

En cuanto a diferencias por sexos, el diagnóstico principal de TDAH era más frecuente en varones (67,50%), que en mujeres (32,50%), con predominio en ambos grupos del tipo combinado, seguido de déficit de atención; sin embargo, el diagnóstico de tipo combinado era más frecuente en varones y de déficit de atención en mujeres, sin alcanzar significación estadística ($p=0,25$).

En comorbilidad por sexos, aunque sin alcanzar la significación estadística ($p=0,263$), el diagnóstico secundario más frecuente en ambos grupos fue Trastorno de Conducta (32,1% V y 44,1% M), seguido en varones de Retraso Mental (17,9% V vs 5,9% M) y en mujeres de Trastornos Ansiedad/Fobias (14,7%).

La existencia de conflictiva en Eje IV en TDAH fue significativa ($p = 0,023$), existiendo en el 84,72% de los TDAH frente al 76,02% del resto de diagnósticos.

El consumo de tóxicos es significativamente ($p=0,040$) más frecuente en el grupo de TDAH (21,6% vs 10,8%).

Discusión/conclusiones:

Las diferencias de prevalencia con respecto a población general podrían explicarse por la comorbilidad, sobre todo conductual y familiar, que sería factor detonante del ingreso. La diferencia en la distribución por sexos podría deberse a una tendencia a igualarse las frecuencias en casos graves, aunque también podría responder a infradiagnóstico en mujeres cuando no existe co-

morbilidad. La conflictiva familiar es significativamente mayor en TDAH, lo que apoya la idea de la repercusión del TDAH no sólo en la funcionalidad del niño, sino también en la dinámica social y familiar. Hay diferencias significativas de consumo de tóxicos en TDAH cuando éste es diagnóstico principal, lo que podría explicarse tanto como por la comorbilidad sociofamiliar como comportamental en TDAH, así como por un menor efecto de los tóxicos como desencadenante de patologías graves a estas edades. La comorbilidad en TDAH es pues, un fenómeno de especial relevancia, dadas sus implicaciones en la evolución, pronóstico funcional, calidad de vida y entorno sociofamiliar de los pacientes.

Referencias Bibliográficas:

- Usami, M. Functional consequences of attention deficit hyperactivity disorder on children and their families. PCN Frontier Review, 2016.
- Efron, D; Bryson, H; Lycett, K; Sciberras, E. Children referred for evaluation of ADHD: comorbidity profiles and characteristics associated with a positive diagnosis. Child, care health and development, 2016. 42, 5: 718-724

P61

FUERA DE JUEGO. LA OTRA CARA DEL DEPORTE

PRIMER AUTOR: Rebeca Hernández Antón, Unidad de Hospitalización de Psiquiatría

OTROS AUTORES: María Basteguieta Gardezabal; *, Gabriela Sánchez; Natalia de Sousa Figueiredo Paula Antía, Lidia Aranguren, Gabriela Sánchez, Héctor Saiz, Teresa Álvarez Casariego, Edurne Rodríguez Remiro, Sofía Gómez Sánchez

RESUMEN:

Introducción:

Los trastornos de la conducta alimentaria se presentan con relativa frecuencia en deportes en los que es importante el control del peso corporal, tales como gimnasia rítmica, patinaje artístico o deportes de resistencia.

Material y método:

Caso clínico:

Motivo de interconsulta: valoración de pérdida de peso importante de 5 meses de evolución.

ANTECEDENTES PERSONALES: Mujer de 14 años, que reside con sus padres y un hermano de 16 años. Cursa 3º ESO con buen rendimiento académico. Juega a balonmano desde los 8 años en un equipo de alta exigencia. En el domicilio dan gran importancia a la actividad deportiva. Buena adaptación social.

No antecedentes osmáticos de interés.

Salud Mental: En 1ºESO, el pediatra le diagnóstico TDAH y comenzó tratamiento.

Acudió a CSM un mes antes del ingreso en Pediatría, por pérdida de peso; siendo diagnosticada de F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, y Z73 Problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida.

No consumo de tóxicos.

Embarazo y parto sin complicaciones. Adecuado desarrollo evolutivo.

Personalidad premórbida: alegre, sociable, perfeccionista, trabajadora, cabezota.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre: 43 años. Sano. Deportista. Trabaja en un banco.

Madre: 41 años. Sana. Trabaja como abogada.

- Hermano de 17 años. Sano. Estudia 1º Bachillerato con buen rendimiento académico y juega en un equipo de fútbol.

PROCESO ACTUAL:

Paciente ingresada en Pediatría, por pérdida de peso importante (de 68 kg hace 5 meses hasta 51 kg el día del ingreso. Durante el ingreso (de una semana) ha seguido perdiendo peso, hasta llegar a los 49 kg (IMC= 17.4), acompañada de hipoergia, hipotermia, bradicardia e hipercolesterolemia (como única alteración en analítica). Se han estudiado diferentes causas orgánicas que justificaran esta pérdida, no encontrando ninguna.

La paciente explica que hace un año y medio inicia una dieta reglada, indicada por un nutricionista, con la idea de mejorar su alimentación, para así rendir más en el deporte. Durante un año, la paciente sigue esta dieta, aunque no estrictamente; aumentando la masa muscular y perdiendo grasa, manteniendo su peso. Hace 6 meses, después de haber hecho las pruebas para la selección española y no haber sido seleccionada, y de no haber sido elegida para subir a una categoría superior en el club, comienza a sentirse triste por la separación del grupo, y frustrada por no haber alcanzado sus objetivos. Desde entonces sí realiza control estricto de la dieta prescrita; viéndolo como un signo de autocontrol y autodisciplina, considerando en estos momentos, que sea la única faceta del deporte que en estos momentos está controlando. Sigue manteniendo la misma actividad deportiva, no realiza más ejercicio y niega conductas purgativas.

Resultados:

Durante las primeras sesiones, se establece una buena relación terapéutica y se recaba información para la realización de análisis funcional del trastorno, con la determinación de los factores desencadenantes y mantenedores, y las consecuencias en el área intra e interpersonal.

Permanece ingresada una semana más y con el plan de Nutrición y el control de ingestas, aumenta 2 kg su peso.

Niega miedo a engordar o a ganar peso. No existe alteración en cómo percibe su propio peso ni su imagen. No se preocupa de ciertas partes de su cuerpo. Tanto la paciente como la familia verbalizan que come las mismas cantidades que los demás, y que durante las comidas no intenta negociar cantidades ni se muestra ansiosa. Poco a poco va sintiéndose más animada y con más energía.

Se hace el diagnóstico de otros trastornos de la conducta alimentaria; y se decide de forma conjunta con paciente, familiares y médico responsable, alta y seguimiento ambulatorio estrecho.

Discusión/conclusiones:

La mayoría de las investigaciones existentes se han centrado más en la prevalencia de los trastornos que en su prevención y tratamiento. ¿El conocimiento de la prevalencia ayudará a las personas que trabajan con los atletas que padezcan estos desórdenes?. ¿Sería necesario promover cambios en las regulaciones deportivas con objeto de evitar en diversos deportes la promoción de pesos corporales y porcentajes de grasa excesivamente reducidos, como por ejemplo, imponer una categoría mínima de peso?

Referencias Bibliográficas:

Sodersten P, Bergh C, Zandian M. Understanding eating disorders. *Horm Behav* 2006; 50:572-578

P62

“ACOSO ESCOLAR Y CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN UNA MUESTRA CLÍNICA INFANTO-JUVENIL EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL”

PRIMER AUTOR: Lourdes Sipos Galvez, médico adjunto. Servicio de psiquiatría del niño y del adolescente, Hospital general universitario gregorio marañón. Madrid

OTROS AUTORES: Patricia Alcindor Huelva, Alicia Maria Delgado Campos

RESUMEN:

Introducción:

El clima de convivencia en el entorno escolar es un problema relevante en nuestra sociedad actual.

Se ha estimado que la prevalencia del acoso escolar es 3,8% aproximadamente.

Los síntomas psicopatológicos más frecuentes en las víctimas de acoso escolar son: trastornos de ansiedad, trastornos de estrés post-traumático, trastornos depresivos y somatizaciones.

La prevalencia a lo largo de la vida para la aparición de autolesiones se ha sugerido que es 4.3% para hombres y 13.5% para chicas. Se ha relacionado el maltrato entre iguales como factor de riesgo para la aparición de conductas autolesivas. Los principales motivos detrás de estas conductas puede ser la venganza contra otros y la manipulación, intención de morir, búsqueda de atención o escapar de situaciones intolerables y angustiantes.

Objetivos

- El objetivo principal es estimar la asociación entre las conductas auto-lesivas y la presencia de acoso escolar en esta muestra.
- Comparar los síntomas psicopatológicos del grupo que ha sufrido acoso escolar con el grupos sin antecedentes de acoso escolar.

Material y método:

Cuestionario específicamente diseñado para la recopilación de datos clínicos durante Abril-Mayo 2017. Los datos son analizados con el paquete estadístico SPSS versión 22.

Resultados:

Se recopilaron 210 casos (53,3 % chicos y 46,7% chicas, con un rango desde los 2 hasta los 17 años). De esa muestra, se detectaron 23 casos de acoso escolar (un 11% de la muestra total del estudio, 52,2% eran chicos y un 47,8% eran chicas).

En relación al diagnóstico, en el grupo de acoso escolar se encontraron: 4,3% Discapacidad intelectual, 4,3% TDAH, 4,3% T. control impulsos, 47,8% T. ansiedad, 2,7% Trauma y estrés, 8,7% T. depresivos, 8,7% TCA, mientras que en el grupo de no acoso escolar los datos son 3,2% Discapacidad intelectual, 15% TDAH, 11,2% T. control impulsos, 33,2% T. ansiedad, 13,9% Trauma y estrés, 5,3% T. depresivos y 2,7% TCA.

Con respecto a la conducta auto-lesiva, en el grupo con acoso escolar 30,4% presentaban episodios de autolesión frente a un 69,6% sin autolesiones. En el grupo sin acoso escolar, 12,3% frente a 87,7%.

En el grupo con acoso escolar 26,1% presentaban ideación autolítica frente a 73,9% sin esta ideación. En el grupo sin acoso escolar, el 8% presentaba ideas suicidas frente a 92% que no las presentaba. En la muestra con acoso escolar, un 8,7% de los pacientes realizó una tentativa de suicidio frente a 91,3% que no lo hicieron. En el grupo sin acoso escolar las tentativas suicidas representaron un 2,7% frente a un 97,3%.

Discusión/conclusiones:

Se objetiva un porcentaje mayor de lo esperado en los trastornos de ansiedad y relacionados con traumas, aunque sin encontrarse una significación estadística. Sin embargo sí se constata una relación estadísticamente significativa entre acoso escolar y la presencia de conductas autolesivas e intentos autolíticos.

Se podría concluir que ser acosado en la escuela es un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología, especialmente sintomatología traumática e ideación y conducta autolesiva.

Referencias Bibliográficas:

1. Pedreira, P. A., Cuesta, B. B., & de Luna, C. B. (2011). Acoso escolar. *Pediatría Atención Primaria*, 13(52), 661-670.
2. van Geel, M., Goemans, A., & Vedder, P. (2015). A meta-analysis on the relation between peer

P63

“REVISIÓN BIBLIOGRAFICA DE LOS EFECTOS EN EL PSIQUISMO DE LA CONDUCTA AUTOLESIVA COMO FORMA DE MANEJAR LO TRAUMÁTICO EN EL ACOSO ESCOLAR”

PRIMER AUTOR: Lourdes Sipos Galvez, médico adjunto. Servicio de psiquiatría del niño y del adolescente, Hospital general universitario gregorio marañón. Madrid

OTROS AUTORES: Patricia Alcindor Huelva, Alicia Maria Delgado Campos

RESUMEN:**Introducción:**

Numerosas investigaciones demuestran que el acoso prolongado sufrido por un niño por parte de otros niños produce efectos demoledores para el funcionamiento mental. Arrasa el equilibrio emocional de los acosados a corto y a largo plazo y produce dolorosas cicatrices emocionales

El acoso provocaría una excitación traumática excesiva que desbordaría las capacidades del sistema de paraexcitación del sujeto y provocaría una sensación de angustia-desamparo masiva y afectos depresivos.

Las experiencias traumáticas vividas pasivamente no permiten desplegar mecanismos de defensa psíquicos eficaces y producen un vaciamiento representacional

Las autolesiones tendrían una función autocalmante, no solo para controlar activamente la situación sino también para defenderse de las representaciones mentales traumatógenas.

Objetivos:

•Reflexionar sobre el efecto que las autolesiones tienen en el funcionamiento psíquico.

*Entender la función de la autolesión como evacuación del dolor que impide la elaboración simbólica

Material y método:

Revisión bibliográfica sobre el impacto de situación traumática en el ámbito escolar en el psiquismo infantil: un análisis cualitativo a partir de una muestra clínica de 23 casos con historia de acoso escolar.

Resultados:

Frente al efecto traumático que provoca el acoso se utilizan las autolesiones como procedimientos autocalmantes para dar salida a la excitación excesiva que no se puede tramitar psíquicamente.

Las autolesiones serían un mecanismo que está abocado al fracaso como medio para canalizar el trauma ya que serían conductas sin contenido simbólico que no utilizan la vía de la representación y la mentalización.

Según G. Szwec, se trataría de “apagar un dolor con otro dolor” (procedimiento autocalmante) que trata de hacer bajar la excitación mediante la búsqueda de una excitación específica sensoriomotriz, en este caso las conductas autolesivas.

Discusión/conclusiones:

Entender los efectos que se producen en el psiquismo al utilizar la vía comportamental de las autolesiones incide en la elección de la línea de intervención terapéutica adecuada

Referencias Bibliográficas:

1. Díaz-Atienza F. Relación entre las conductas de intimidación, depresión e ideación suicida en adolescentes. Resultados preliminares. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*. 2004; 4:10-9. Rev. Informática en: www.paidopg
2. Szwec. G. *Les Galériens Volontaires*. Presses Universitaires de France. Paris, PUF. 2013

P64 INGRESOS HOSPITALARIOS DE NIÑOS Y ADOLESCENTES POR PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN ANDALUCÍA

PRIMER AUTOR: Cecilia Hernández González, FEA Psiquiatría, Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz.

OTROS AUTORES: Azucena Díez Suarez, Isabel Hernández Otero, Concepción de la Rosa Fox, Juan Luis Peralta Sáez, Juan Carlos García Gutierrez, Jose Almenara Barrios

RESUMEN:

Introducción:

En España, existe importante heterogeneidad en los recursos de atención a niños y adolescentes con patología psiquiátrica. Todavía, tenemos pocos datos analizados en el campo de la hospitalización. Con este estudio, pretendemos describir la evolución de los ingresos hospitalarios en Andalucía.

Material y método:

Estudio observacional longitudinal, incluyendo todos los ingresos Hospitalarios por patología psiquiátrica según CIE-10 en menores de 18 años, desde el año 1997 al 2015, en Andalucía. Obtención de tasas de hospitalización según la población Andaluza. Algunos datos se compararán con los datos disponibles a nivel nacional.

Resultados:

La tasa media de altas hospitalarias por causa psiquiátrica en Andalucía, para los menores de edad, es de 28/100.000 menores.

El total de altas hospitalarias en esta Comunidad Autónoma corresponde a 8545. De las 8545 altas hospitalarias, 7073 corresponden a niños/adolescentes diferentes.

Sexo: 50% varones y 50% mujeres.

La edad media fue de 11 años.

El 63,8% de los ingresos fueron con carácter urgente.

El diagnóstico más frecuente: Trastornos del Neurodesarrollo.

Tasas medias de hospitalización por patologías en Andalucía en el periodo estudiado (tasa obtenida atendiendo al número de personas ingresadas por cada diagnóstico, no al número de altas por patología):

-Trastornos de la Conducta Alimentaria: N=984 (tasa 31/100.000)

-Trastornos del Humor: N=354 (tasa 11/100.000)

-Trastornos psicóticos: N=527 (tasa 17/100.000)

-Trastornos de Ansiedad, Adaptación y TOC: N=593 (tasa 19/100.000)

-Trastornos somatomorfos y disociativos: N=1027 (tasa 33/100.000)

-Trastornos del neurodesarrollo: N=1804 (tasa 58/100.000)

-TDAH y Trastornos Disociales: N= 581 (tasa 18/100.000)

-TUS: N=347 (tasa 11/100.000)

-Trastornos de la personalidad: N=334 (tasa 10/100.000)

-Trastornos mentales orgánicos: N=149 (tasa 4/100.000)

-Otros: N=373 (tasa 12/100.000)

Discusión/conclusiones:

Entre el año 1997 y el 2015, se han dado en Andalucía 8545 altas hospitalarias por patología psiquiátrica en menores de edad, que corresponden al 11,1% de los 76.389 ingresos totales en España. Dichas altas corresponden a 7073 niños y adolescentes diferentes de lo que se deduce una tasa de reingreso de 1,2. Respecto al sexo, en Andalucía se reparte de forma equitativa al 50% entre varones y mujeres, a diferencia de los resultados nacionales en los que un 58% corresponde a mujeres, frente al 42% de varones. La tasa media de altas hospitalarias por causa psiquiátrica en Andalucía, para los menores de edad, es de 28/100.000 menores, frente a la tasa media española, que es de 50/100.000. El grupo diagnóstico más frecuente atendiendo al número de menores hospitalizados, fueron los Trastornos del Neurodesarrollo, seguidos de Trastornos Somatomorfos y Disociativos, y de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Referencias Bibliográficas:

1. Case, B. G., Olfson, M., Marcus, S. C., & Siegel, C. (2007). Trends in the Inpatient Mental Health Treatment of Children and Adolescents in US Community Hospitals Between 1990 and 2000. *Arch Gen Psychiatry*, 64, 89-96.
2. Fundación Alicia Koplowitz. (2014). Libro Blanco de la Psiquiatría del Niño y del Adolescente. España: Cátedra de Psiquiatría Infantil.

P65 ANÁLISIS DE INGRESOS HOSPITALARIOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES POR TRASTORNOS DEL HUMOR EN ESPAÑA

PRIMER AUTOR: Cecilia Hernández González, FEA Psiquiatría, Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz.

OTROS AUTORES: Azucena Díez Suarez, César Soutullo Esperón, Juan Luis Peralta Sáez

RESUMEN:**Introducción:**

Recientemente se ha visto un aumento en el diagnóstico de determinados trastornos psiquiátricos, entre los que destacan los trastornos del humor. En España, existen pocos estudios a nivel nacional sobre las causas y las características de hospitalización.

Material y método:

Estudio observacional longitudinal, incluyendo todos los ingresos hospitalarios por Trastornos del Humor según CIE-10 en niños y adolescentes desde 1997 al año 2015, en España.

Resultados:

Los Trastornos del Humor suponen el diagnóstico del 8,3% de los Ingresos Hospitalarios por causa Psiquiátrica de niños y adolescentes entre 1997 y 2015 en España.

Hubo un total de 6.328 ingresos hospitalarios por Trastornos del Humor, en 5006 niños/adolescentes españoles. La tasa media ha aumentado de 2/100.000 a 3/100.000. El 61,2% fueron mujeres, frente a un 38,8 de varones. Respecto al grupo de edad, el 92,1% fueron adolescentes, el 7,2% escolares y el 0,7 pre-escolares y escolares. Los Episodios depresivos fueron el diagnóstico más frecuente (45%), seguidos de Trastorno Bipolar (20%) y Trastornos del Humor Persistentes (17%)

Discusión/conclusiones:

Ha habido un aumento de ingresos por Trastornos del Humor en menores en España, analizando un periodo cercano a dos décadas. Este aumento concuerda con el aumento observado en EE.UU, aunque en menor medida. El diagnóstico más frecuente encontrado es el mismo que en se encontró en poblaciones internacionales (1). Coincidiendo con los datos de incidencia y prevalencia de los trastornos del humor, son las mujeres adolescentes las que ingresan con mayor frecuencia por este motivo. A partir del estudio, podemos afirmar que existe una tasa de re-hospitalización por este motivo de 1,26 en España.

Referencias Bibliográficas:

1. Case, B. G., Olfson, M., Marcus, S. C., & Siegel, C. (2007). Trends in the Inpatient Mental Health Treatment of Children and Adolescents in US Community Hospitals Between 1990 and 2000. *Arch Gen Psychiatry*, 64, 89-96.
2. Fundación Alicia Koplowitz. (2014). Libro Blanco de la Psiquiatría del Niño y del Adolescente. España: Cátedra de Psiquiatría Infantil

P66 TRATAMIENTO HOSPITALARIO EN EL INICIO DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN EN LA ADOLESCENCIA

PRIMER AUTOR: Alicia Díaz de la Peña, Médico Psiquiatra

Centro Salud Mental Infantil de Oviedo (HUCA).

OTROS AUTORES: Elisa Seijo Zazo, Jose María González González, Sara Martínez Barrondo, Pilar Valladares Rodríguez, Marta Jalón Urbina, Jennifer Fernández Fernández

RESUMEN:

Introducción:

Los trastornos de la alimentación (TA) se inician con frecuencia a la adolescencia; se trata de trastornos graves que afectan negativamente la salud, las emociones y la familia.

Material y método:

Analizamos varios casos atendidos inicialmente en nuestra consulta ambulatoria en el Centro de Salud Mental Infantil (CSM) de Oviedo; son adolescentes entre los 14 y 16 años de edad derivadas al CSM desde su centro de atención primaria y cuyo trastorno presentaba una evolución menor a 6 meses y no atendidas por otros profesionales relacionados con la Salud Mental. Analizamos cómo realizamos las primeras consultas de valoración, el motivo del ingreso cuando así se ha decidido y el resultado de nuestra intervención.

Resultados:

Caso 1. 16 años de edad, que presenta sintomatología compatible con un TA Anorexia Restrictiva (IMC 18); sintomatología comórbida de tipo afectivo; forma parte de una familia con un funcionamiento adecuado; se decide tratamiento hospitalario tras cuatro consultas iniciales de valoración; actualmente, tratamiento ambulatorio, incluido tratamiento con psicofármacos.

Caso 2. 14 años, diagnosticada de TA Anorexia de tipo Restrictivo (IMC 14); no comorbilidad; se realiza un seguimiento ambulatorio con supervisión familiar de la ingesta; tras varios meses de seguimiento, no ha precisado tratamiento hospitalario ni farmacológico.

Caso 3. 14 años, con restricción de la ingesta (IMC normal); comorbilidad inestabilidad emocional; no llega a precisar tratamiento hospitalario pero sí tratamiento psicofarmacológico.

Caso 4. 15 años, TA restrictivo (IMC 16), comorbilidad con trastorno depresivo; precisó tratamiento hospitalario y farmacológico.

Caso 5. 15 años, restricción, alternando atracones y conductas purgativas; comorbilidad afectiva; precisó tratamiento con psicofármacos.

Discusión/conclusiones:

En nuestro CSM se atiende a menores de 17 años, derivados habitualmente desde sus centro de atención primaria; somos el primer filtro de atención en la Salud Mental; cuando se precisa tratamiento en régimen de hospitalización, se contacta con los profesionales responsables para un ingreso programado; al alta, el seguimiento vuelve a ser desde el CSM. Creemos que algunos de los motivos para la hospitalización en los TA están relacionados con el tiempo de evolución, la sintomatología comórbida y el funcionamiento familiar, coincidiendo con otros autores.

Referencias Bibliográficas:

1. Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia Jerry M Wiener, Mina K Dulcan, Barcelona, Masson, 2006
2. El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad Josep Toro Barcelona, Ariel, 1996,

P67 EFECTOS DE UNA TERAPIA GRUPAL EN ADOLESCENTES CON SAF

PRIMER AUTOR: Mercedes Delgado Arroyo, Psicóloga Interna Residente (r4) del Vall d'Hebron Barcelona Hospital Campus

OTROS AUTORES: Raquel Vidal Estrada, Josep-Antoni Ramos Quiroga

RESUMEN:**Introducción:**

El Síndrome Alcohólico Fetal (SAF) es la forma más severa de los trastornos del espectro alcohólico fetal e incluye dismorfología facial y disfunción del sistema nervioso¹ y afecta a 15 de cada 10000 nacimientos en el mundo, aumentando entre 2 y 6 veces dicha prevalencia en Europa². Entre los principales síntomas se engloban déficit de atención e hiperactividad, retraso intelectual, trastornos del lenguaje, del aprendizaje, del estado de ánimo, de conducta y del uso de sustancias. Nuestro objetivo es evaluar la efectividad de una terapia grupal en adolescentes con diagnóstico de SAF¹.

Material y método:

La intervención grupal consistió de 12 sesiones de una hora de duración y de frecuencia semanal. Los participantes, 6 adolescentes de entre 11 y 12 años, fueron hetero-evaluados por sus padres antes y después de la intervención. La evaluación, realizada por los padres de los participantes, consistió en los siguientes cuestionarios: 1) Escala de Impresión Clínica Global (CGI, mejora debida a intervenciones terapéuticas), 2) Escala de Conners revisada para padres (EADH, sintomatología TDAH), 3) Kid-Screen-27 (calidad de vida, salud y bienestar), 4) Sistema de evaluación de las habilidades sociales (SEHS, versión para padres) y 5) Child Behavior Checklist (CBCL, problemas emocionales y conductuales).

Resultados:

Presentación de los cambios observados en las distintas variables evaluadas tras la intervención grupal.

Discusión/conclusiones:

Esperamos obtener una estimación subjetiva de mejoría global, una mejora de la sintomatología de inatención e hiperactividad, de la calidad de vida, de las habilidades sociales y de los problemas emocionales y conductuales observados previamente al inicio del grupo.

Referencias Bibliográficas:

1. Denny L, Coles S y Blitz R (2017). Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Spectrum Disorders. American Family Physician. <https://www.aafp.org/journals/afp>
2. Popova S, Lange S, Probst C, Gmel G y Rehm J (2017). Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Global Health, 5: e290-99.

P68

USO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y TERAPIAS ALTERNATIVAS EN UN GRUPO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

PRIMER AUTOR: María Pardo Guerra, Psiquiatra. Centro de Salud Mental Infanto Juvenil (CSMIJ). Consorcio Corporación Sanitaria Parc Taulí de Sabadell

OTROS AUTORES: Kalia Planells Keller, Eulalia Piera Pinto, Montserrat Pàmias Massana

RESUMEN:

Introducción:

Es frecuente que lo pacientes diagnosticados de Trastorno del Espectro Autista (TEA) presenten diagnósticos comórbidos como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y trastorno de conducta (TC).

El tratamiento del TEA es multidisciplinar, no existe un tratamiento farmacológico para los síntomas centrales, no obstante, se puede hacer un abordaje psicofarmacológico de la comorbilidad. Risperidona y aripiprazol, son los fármacos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para los síntomas asociados con TEA, sin embargo, la mitad están recibiendo tratamiento con estimulantes, agonistas α , antipsicóticos y antidepresivos⁽¹⁾. Además, muchas familias buscan remedios naturales y suplementos que pueden causar efectos adversos e interactuar con los tratamientos farmacológicos⁽¹⁾.

El objetivo de este estudio es analizar el uso de tratamiento farmacológico y terapias alternativas en pacientes diagnosticados de TEA cuyos padres han participado en un grupo psicoeducativo.

Material y método:

La muestra es el total de pacientes (40) que participan en el grupo psicoeducativo de TEA para padres en el Hospital Parc Taulí (Sabadell). Los datos han sido extraídos de la información recogida en un cuestionario y en la historia clínica (HCIS).

Resultados:

La mayoría de la muestra son niños (91%) de 8 años de edad con diagnóstico principal del trastorno del espectro autista (TEA). EL 68 % presenta un segundo diagnóstico comórbido, siendo el TDAH el diagnóstico más frecuente (67 %), seguido del TC (19%) y la discapacidad intelectual (DI). Por otro lado, un 23% de los pacientes presentan un segundo diagnóstico comórbido estando en primer lugar la DI (66%). El 30% presenta alteraciones del sueño.

El 55% de los pacientes utilizan tratamiento farmacológico evidenciado, un 20 % había utilizado terapias alternativas, principalmente homeopatía (75%), vitaminas y minerales (25%).

El fármaco más utilizado en pacientes con TDAH es el metilfenidato 77%, con una dosis media de 32.5mg/día. Para el tratamiento de los TC se utiliza igualmente risperidona (50%) y aripiprazol (50%) con unas dosis medias de 0.75mg/día y 4 mg/día respectivamente. La melatonina es el tratamiento más utilizado para tratar el insomnio de conciliación (50%).

Discusión/conclusiones:

El perfil de paciente analizado son chicos de 8 años, diagnosticados de TEA y uno o dos diagnósticos comórbidos, principalmente el TDAH y TC.

La mayoría de los pacientes reciben tratamiento farmacológico. El metilfenidato es el psicoestimulante más usado para tratar los síntomas del TDAH, y la melatonina la hormona más usada para regular los trastornos del sueño.

La utilización de terapias alternativas se realiza en una minoría de los pacientes, especialmente en aquellos que no tienen diagnóstico comórbido, siendo la homeopatía la terapia más usada.

El uso de fármacos en nuestra muestra coincide con la bibliografía y con las recomendaciones de las guías clínicas, una minoría hace uso de terapias alternativas. Creemos necesario informar y realizar psicoeducación a los cuidadores principales y sanitarios sobre los tratamientos que tienen evidencia, así como los beneficios y riesgos de tratamientos no convencionales.

Referencias Bibliográficas:

1) Levy SE, Hyman SL. Complementary and alternative medicine treatments for children with autism spectrum disorders. *Child Adolesc Psychiatr. Clin N Am.* 2015;24(1):117-143.

P69

REGRESIÓN DE HABILIDADES LINGÜÍSTICAS, A PROPÓSITO DE UN CASO

PRIMER AUTOR: Patricia Hernández Jurdado, psiquiatra servicio del niño y el adolescente hospital general universitario gregorio marañón

OTROS AUTORES: Leticia Boada Muñoz

RESUMEN:

Introducción:

Los trastornos del lenguaje configuran un grupo muy heterogéneo de alteraciones en el desarrollo o adquiridas, caracterizadas por un déficit en la comprensión, producción y uso del lenguaje, con pronósticos variables, siendo fundamental realizar un diagnóstico diferencial con el objetivo de proporcionar un adecuado tratamiento.

Material y método:

Se describe el caso clínico de un niño de 5 años de edad derivado a consulta de psiquiatría infantil desde servicio de neurología ante regresión en el lenguaje.

Resultados:

En la historia del desarrollo describen pérdida brusca del lenguaje expresivo y dificultades en la comprensión del lenguaje en los meses previos a la evaluación, negando otras alteraciones o retraso en el neurodesarrollo.

Se explora lenguaje comprensivo mediante Peabody obteniendo una puntuación directa de 12 con edad equivalente de 2 años con 2 meses y lenguaje expresivo mediante PLON- 4 años no siendo capaz de emitir lenguaje ante imagen ni en repetición, no pudiendo leer, sin escritura espontánea.

PEATC con resultados dentro de la normalidad

Evaluación de habilidades sociocomunicativas mediante ADOS-G en el que se objetiva la ausencia del lenguaje, objetivándose intención comunicativa con gran repertorio de gestos, conductas de imitación y otros recursos sociocomunicativos.

Video EEG: actividad epileptiforme que se registra de forma tanto focal como aparentemente sincrónica sobre ambos hemisferios con predominio en derivaciones temporales y persistencia alta durante vigilia, siendo las características de la actividad epileptiforme registrada similares a las descritas en las epilepsias focales "benignas" de la infancia. Durante el periodo de sueño registrado, la actividad epileptiforme descrita pasa a registrarse de forma difusa y casi continua.

RMN cerebral normal

En la valoración cognitiva, no es posible hacer una estimación precisa del CI total dada la grave afectación del lenguaje expresivo y comprensivo, mostrando un rendimiento cognitivo en un nivel medio-bajo basándose en resultados de pruebas no verbales.

Tras el diagnóstico clínico, se inició tratamiento con fármacos antiepilépticos en dosis ascendente (Levetiracetam 340mg/12h, Ácido Valproico 300 mg/8h), Noiafren 10 mg/12 horas y corticoides (Prednisona 30 mg/día), siendo retirado Levatiracetam ante agravamiento conductual, presentando complicaciones derivadas del tratamiento prolongado con corticoides (inmunodepresión y Síndrome de Cushing farmacológico).

Paralelamente, se inicia abordaje centrado en sistema alternativo de comunicación (lenguaje de signos).

A lo largo de su evolución se objetiva una mejoría considerable en la actividad EEG con menor amplitud/componente lento/distribución topográfica y persistencia de la actividad epileptiforme registrada durante el sueño (durante vigilia no se objetiva actividad epileptiforme), no objetivándose mejoría en el lenguaje expresivo y comprensivo.

Discusión/conclusiones:

El síndrome de Landau-Kleffner (afasia epiléptica adquirida) es un raro síndrome neurológico infantil que suele comenzar entre los 18 meses y 13 años, con mayor incidencia a los 7 años, caracterizado por afasia repentina o gradual (incapacidad de entender o expresar el lenguaje), alteraciones en el electroencefalograma, con frecuencia crisis epilépticas y trastornos conductuales, no existiendo correlación evolutiva epilepsia/afasia, mostrando un curso evolutivo fluctuante con persistencia o regresión de la afasia.

Referencias Bibliográficas:

1. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 6th Edition. Anita Thapar (Editor), Daniel S. Pine (Editor), James F. Leckman (Editor), Stephen Scott (Editor), Margaret J. Snowling (Editor), Eric A. Taylor (Editor) ISBN: 978-1-118-38196-0. 1096 pages. August 2015, Wiley-Blackwell

2. Landau, W.M. y Kleffner, F.R. (1957), Syndrome of acquired aphasia with convulsive disorder in children. "Neurology" 7:523-530

P70 ADHERENCIA AL SEGUIMIENTO TRAS EL ALTA DE HOSPITAL DE DÍA

PRIMER AUTOR: Sabrina González Santana, Psiquiatra. Hospital de día Infanto-juvenil de Gran Canaria

OTROS AUTORES: Encarnación Muñoz Díaz, Irene Quesada Suárez, José María Martín Jiménez, Isabel María Morales Rivas, David Moreno Sandoval

RESUMEN:

Introducción:

La mala adherencia es un problema común a todos los trastornos mentales, suponiendo peor pronóstico. En el hospital de día infanto-juvenil (HDIJ) de Gran Canaria atendemos a pacientes con trastorno mental grave, cuya gravedad clínica no permite un manejo ambulatorio. Nos proponemos conocer el grado de adherencia al seguimiento en centro de salud mental (CSM) de nuestros pacientes, posterior al alta de HDIJ, así como si se relaciona con la edad, el sexo, el diagnóstico o la duración del ingreso.

Material y método:

Revisamos la adherencia al seguimiento de los pacientes que recibieron el alta entre 2011 y 2013, a los 6 meses, al año, 2 años y 5 años, clasificándolos en 5 categorías: cumplimiento total (mantienen en los 4 momentos, o hasta recibir el alta del CSM); cumplimiento precoz (mantienen a los 6 meses, perdiéndolo posteriormente); cumplimiento tardío (no mantienen a los 6 meses, pero sí posteriormente), no cumplidores (no mantienen nunca) y pérdida de datos. Introducimos otra variable agrupando los seguimientos en: algún contacto tras el alta (grupo 1); y ningún contacto (grupo 2). Además, recogemos datos de sexo, edad, diagnóstico (según sección del CIE-10) y duración del ingreso.

Resultados:

Se incluyeron un total de 49 pacientes (n=49).

La edad media fue de 11,27 años.

71,4% fueron varones, y 28,6% mujeres.

La estancia media en HDIJ fue de 25,53 meses.

Los diagnósticos fueron: trastornos del desarrollo (CIE-10 F80-89) 27 (55,1%), trastornos psicóticos (F20-29) 7 (14,3%), trastornos del comportamiento y las emociones de comienzo en la infancia (F90-98) 5 (10,2%), discapacidad intelectual (F70-79), trastornos afectivos (F30-39) trastornos de ansiedad/disociativos (F40-49) 2 (4,1%), trastornos de personalidad (F60-69) y trastornos del comportamiento + disfunciones fisiológicas (F50-59) 1 (2%).

Un 38,8% (19) de los pacientes fueron cumplimiento totales, 24,4% (11) cumplidores precoces, 24,4% (11) cumplidores tardíos, 14,3% (7) no cumplidores y de un 2% (1) se perdieron los datos.

Entre los pacientes del grupo 1 de seguimiento y los del grupo 2 no existieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo, edad o duración del ingreso. Sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del diagnóstico, (existiendo en el grupo 1 mayor porcentaje de F20-29 (17,7 vs 0), F30-39 (4,9%vs 0%), F40-49 (4,9% vs 0%), F70-79 (9,8% vs 0%) y F90-98 (12,2%vs 0%) y en el grupo 2 mayor porcentaje de F60-69 (0 vs 14,3%), F80-89 (51,2% vs 71,4%) y F50-59 (0% vs 14,3%)

Discusión/conclusiones:

Sólo un 38,8% de los pacientes cumplieron completamente el seguimiento, existiendo un 14,3% de pacientes que no tuvieron ningún contacto con su CSM, lo cual, tratándose de pacientes con gravedad clínica, resulta indeseable, al haberse descrito que la adherencia al seguimiento condiciona el pronóstico. Debemos diseñar estrategias específicas de vinculación a los CSM previas al alta de HDD. Las diferencias en cuanto al diagnóstico podrían orientarnos en cuanto a los pacientes en que éstas deberían ser más intensivas.

Referencias Bibliográficas:

Ahmed, N., Gandhi, S., & Baruah, A. (2015). Effectiveness of specific intervention on treatment adherence of persons with mental illness: A pilot study. *Indian J Psychiatry*, 57(4), 403. Retrieved March 17, 2019, from 10.4103/0019-5545.171845

P71

PATRÓN DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES INGRESADOS CON ESQUIZOFRENIA U OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

PRIMER AUTOR: Mireia Solerdelcoll Arimany, Residente de Psiquiatría de cuarto año. Servicio de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente, Instituto de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona. CIBERSAM. IDIBAPS.

OTROS AUTORES: Daniel Ilzarbe, Rafaela De la Mata, Ana Encarnación Ortiz, Eva Varela, Gisela Sugranyes, Astrid Morer, Inmaculada Baeza

RESUMEN:

Introducción:

Los trastornos psicóticos, entre ellos la esquizofrenia, son patologías severas y complejas que condicionan un deterioro a nivel conductual y de las funciones cognitivas. De acuerdo con el Global Burden of Disease Study, la esquizofrenia, es la segunda causa de morbilidad en las edades de 15-19 años¹, pues hasta un 25% de los casos tienen su debut en menores de 18 años². El estudio de pacientes en una etapa temprana de la enfermedad permite identificar factores pronósticos asociados con la recuperación clínica y funcional, así nos planteamos evaluar a corto plazo la trayectoria de los pacientes con trastornos del espectro de la esquizofrenia frente a pacientes sin trastorno psicótico e identificar tanto las necesidades como grupo.

Material y método:

Estudio de los menores de 18 años que requirieron hospitalización en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil entre enero de 2016 y diciembre del 2016. Comparamos variables socio-demográficas, clínicas y pronóstico a corto plazo entre 53 menores con criterios DSM-5 para cualquier trastorno del espectro psicótico (ESQ) y 225 sujetos con otros trastornos psiquiátricos (noESQ) con seguimiento longitudinal retrospectivo a lo largo de 5 años (2014 a 2017).

Resultados:

No se encontraron diferencias en edad, sexo, nacionalidad e historia de maltrato entre grupos. La mayoría de los sujetos con ESQ (72%) tenían al menos un familiar con trastorno mental.

En ambos grupos el dispositivo de derivación más frecuente fue consultas externas (40.7%). No se encontraron diferencias en el tiempo de hospitalización (media común=20 días). El dispositivo de derivación principal al alta en menores con ESQ fue Hospital de Día (49.1%), mientras que los jóvenes noESQ a consultas externas (50.2%). A lo largo de 5 años de seguimiento, los jóvenes con ESQ tuvieron más ingresos que los noESQ (2.5 vs 1.7; $p<.001$).

El diagnóstico más frecuente al alta en el grupo ESQ fue psicosis no especificada ($N=35$), y el consumo de sustancias (especialmente el cannabis) la comorbilidad más común (22.6%). Los trastornos afectivos fueron el diagnóstico más frecuente en los noESQ (42% vs 23%; $p=0.001$), siendo el trastorno depresivo el principal diagnóstico en noESQ (48%). La comorbilidad era frecuente en el grupo ESQ (77.4% vs 56%; $p=0.004$), sin diferir en el número medio de diagnósticos (2.5; $p=0.09$).

A pesar que no existen diferencias entre ambos grupos en el número de visitas antes y después del ingreso, los jóvenes con ESQ presentan una reducción significativa del número de consultas a urgencias después de la hospitalización ($p=0.037$). Sin embargo, los niños y adolescentes con ESQ reingresan el doble que el grupo control ($HR=2.0$, $IC95\%=1.3-3.2$).

Discusión/conclusiones:

Nuestros resultados indican que los adolescentes con trastorno del espectro psicótico son un grupo de especial vulnerabilidad y gravedad, por la importancia de la carga genética y por las características propias del grupo de edad. Estos menores podrían beneficiarse de programas específicos de detección precoz e intervenciones más intensivas tanto individuales, grupales, como familiares.

Referencias Bibliográficas:

1. Gore FM, Bloem PJN, Patton GC, et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: A systematic analysis. *Lancet*. 2011;377(9783):2093-2102.
2. Arango C. Attenuated psychotic symptoms syndrome: how it may affect child and adolescent psychiatry. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011; 20(2):67-70.

P72

DESCRIPCIÓN DE UN GRUPO DE PSICODRAMA PARA NIÑOS CON DIFICULTADES DE SOCIALIZACIÓN

PRIMER AUTOR: Paloma Vázquez de la Torre Escalera, Psiquiatra/ equipo infanto-juvenil
Hospital Universitario de Fuenlabrada

OTROS AUTORES: María Rodríguez Campos, Gadea Ruiz de Lobera, Carolina García

RESUMEN:

Introducción:

El psicodrama es una técnica psicoterapéutica concebida y desarrollada por J. Levy Moreno, que surge inspirada en el teatro de la improvisación, y que busca integrar lo corporal, la emoción, el pensamiento y la conducta. Se emplea principalmente en grupo, tanto para niños como para adultos.

El presente trabajo pretende describir un grupo de psicodrama con niños con dificultades de socialización.

Material y método:

El grupo lo formaron seis chicos varones entre 7 y 11 años de edad. El síntoma clínico común fueron las dificultades de socialización, siendo los diagnósticos más frecuentes TDAH y TEA.

El grupo contó con dos terapeutas conductoras y una residente de psicología como observadora.

Se realizaron doce sesiones con una periodicidad quincenal.

Resultados:

Las sesiones se organizaron con una primera parte verbal, una segunda parte de ejercicios psicodramáticos, terminando con relajación y puesta en común.

A lo largo de las sesiones se pudo observar como los ejercicios psicodramáticos los realizaban con más facilidad y disfrute. Pudieron trabajar las dificultades de socialización que se presentaban en su vida diaria y otras escenas que les generaban malestar. Se observó a lo largo de los grupos mayor espontaneidad a la hora de dramatizar, si bien algunos niños necesitaron de un yo-auxiliar para realizar algunos ejercicios. La capacidad de observación a los otros y de aprendizaje fue mejorando. En otros casos se observó cómo pueden apoyarse de la imitación.

Uno de los pacientes presentaba conductas más disruptivas que obligaban a realizar tiempo fuera acompañado de una terapeuta en algunas ocasiones. A lo largo de las sesiones el resto del grupo pudo devolverle cómo lo veía y ayudarlo a reducir el nivel de inquietud, o como ellos lo llamaban "nerviositis".

Finalizado el grupo la experiencia fue descrita por ellos como positiva, expresaban el deseo de continuar en el grupo y la experiencia de amistad.

Discusión/conclusiones:

El psicodrama como técnica psicoterapéutica tiene una importante tradición en el trabajo psicoterapéutico con niños. En niños con dificultades de socialización les permite mejorar a través de la representación de escenas, ejercicios de roleplaying o la imitación.

Sería necesario en los grupos futuros la realización de escalas de medición de socialización y funcionamiento basal pre y post-grupo.

Referencias Bibliográficas:

Richard Oberg (2012) Social skills, emotional growth and drama therapy: inspiring connection on the autism spectrum, by Lee R. Chasen, *Dramatherapy*, 34:2, 104-105.

P73

PERFIL PSICOPATOLÓGICO, FUNCIÓN EJECUTIVA Y LENGUAJE PRAGMÁTICO EN NIÑOS CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y ANTECEDENTES FAMILIARES DE ESQUIZOFRENIA

PRIMER AUTOR: María Avelina Parrilla Escobar, Psiquiatra del niño y adolescente consultas externas, Hospital Clínico Universitario Valladolid

OTROS AUTORES: Blanca García Díez, Silvia Cerezo Corredera, Celia de Andrés Lobo, Carmen de Cáceres Riol, María Antonia Maniega Rubio, Vicente Molina Rodríguez

RESUMEN:

Introducción:

Se han descrito perfiles psicopatológicos en la infancia de pacientes con esquizofrenia de inicio en la edad adulta. Además se ha evidenciado que niños con alto riesgo familiar (hijos de pacientes en el espectro de la esquizofrenia) desde los 7 años presentan problemas en múltiples escalas del CBCL. Diferentes déficits neuropsicológicos, entre ellos la disfunción ejecutiva, se han postulado como endofenotipos de la esquizofrenia, presentes en familiares no afectados. De forma similar, una alteración en el lenguaje pragmático se ha planteado como un endofenotipo neurolingüístico. Una evaluación más exhaustiva de estas áreas de funcionamiento en niños con trastornos del neurodesarrollo y mayor riesgo genético de esquizofrenia puede ayudar a describir mejor las dificultades premórbidas e identificar casos susceptibles de seguimiento e intervención por su mayor riesgo.

Material y método:

Se seleccionaron pacientes derivados a USMIJ que requerían atención clínica con nivel de funcionamiento CGAS menor de 70 y al menos un trastorno del neurodesarrollo, que además presentaban antecedentes familiares (primer o segundo grado) de trastornos del espectro de la esquizofrenia. Se realizó diagnóstico clínico y aplicó la escala CBCL de Achenbach, CCC (Childrens Communication Checklist) y BRIEF-2 (evaluación conductual de la función ejecutiva). Se recogieron antecedentes familiares en primer y segundo grado de trastornos del espectro de la esquizofrenia. Se excluyeron pacientes con CI<70, enfermedades neurológicas, diagnóstico de psicosis o TCE severo.

Resultados:

Dieciocho niños y adolescentes (14 varones: 4 mujeres) con edad media de 11 años (rango 7-16) participaron en el estudio. Cinco de ellos tenían un progenitor con esquizofrenia y los otros 13 contaban con familiares de segundo grado con diagnóstico en el espectro. Todos los niños fueron diagnosticados al menos un trastorno del neurodesarrollo (DSM-5), siendo el más frecuente TDAH (72%), seguido de trastorno de aprendizaje (33%). La mayoría (77%) presentaba más de un diagnóstico. La capacidad intelectual media (WISC-IV-R o WISC-V) fue 90. Presentaban dificultades en el lenguaje pragmático y funcionamiento ejecutivo así como puntuaciones por encima del punto de corte en varias escalas del CBCL.

Discusión/conclusiones:

En niños con trastornos del neurodesarrollo y antecedentes familiares de esquizofrenia debería considerarse realizar una evaluación clínica y neuropsicológica más exhaustiva que junto al seguimiento longitudinal pueda aportarnos en el futuro perfiles de riesgo de desarrollo de psicosis.

Referencias Bibliográficas:

1. Pawelczyk A, Lojek E, Zurner N, Gawlowska-Sawosz M, Pawelczyk T. Higher-order language dysfunctions as a possible neurolinguistic endophenotype for schizophrenia: Evidence from patients and their unaffected first degree relatives. *Psychiatry Res.* septiembre de 2018;267:63-72.
2. Simeonova DI, Nguyen T, Walker EF. Psychosis risk screening in clinical high-risk adolescents: a longitudinal investigation using the Child Behavior Checklist. *Schizophr Res.* octubre de 2014;159(1):7-13.

P74

NO TENER AMIGOS EXPONE A TENER ENEMIGOS. DIFICULTADES EN EL ÁMBITO SOCIAL EN LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA.

PRIMER AUTOR: José María Martín Jiménez, Psiquiatra con atención exclusiva a niños y adolescentes, Servicio Canario de la Salud

OTROS AUTORES: Irene Quesada Suárez, Encarnación Muñoz Díaz, Sabrina González Santana

RESUMEN:

Introducción:

Los **trastornos del espectro autista** (TEA) consisten en un grupo de cuadros caracterizados por déficits persistentes en la capacidad para iniciar y mantener la interacción y la comunicación social recíproca, además de por una serie de patrones de comportamiento e intereses restringidos, repetitivos e inflexibles, cuyo inicio ocurre durante el período de desarrollo, típicamente en la primera infancia. Los individuos a lo largo del espectro exhiben una amplia gama de funcionamiento intelectual y de habilidades del lenguaje.

Dentro de esta categoría se reconoce, tanto en la 5ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico como en la 11ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades, un grupo de sujetos con dichas dificultades cuyo funcionamiento intelectual se sitúa al menos dentro del rango promedio, y presentan como máximo leves dificultades en la capacidad para usar el lenguaje funcional, el cual se correspondería con el antiguo grupo de los TEA con un Alto Funcionamiento (TEA-AF)

Debido a su nivel, los chicos con TEA-AF se ven inmersos en el mundo neurotípico sin herramientas ni ayudas. Así, como consecuencia de sus peculiaridades y déficits presentan menos amistades, relaciones menos satisfactorias y mayores sentimientos de soledad que sus iguales, así como rechazo, acoso y burlas por parte de éstos. Ya, Hans Asperger consideraba que los individuos por él descritos eran "propensos a sufrir de trágica incompreensión y consiguiente maltrato por otros".

A pesar de haberse hallado en la bibliografía un mayor riesgo de acoso escolar entre la población TEA-AF, existen pocos estudios que hayan abordado esta cuestión.

Objetivos:

Establecer el perfil de experiencias relacionadas con bullying en pacientes con diagnóstico de TEA-AF entre los 8 y 18 años, atendidos por el Programa de Salud Mental Infanto-Juvenil en un dispositivo de atención ambulatoria.

Material y método:

Se administra el Social Skills Improvement System Rating Scales, European Bullying Intervention Project Questionnaire y el Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes a los padres y a los menores

Resultados:

En nuestra muestra hallamos que hasta el 48,5% refieren haber sufrido alguna forma de bullying, resultando llamativo que exista una discordancia entre la visión de los padres y los chicos y chicas con TEA en hasta el 15,2% de los casos. A pesar de que en cuanto al sexo del chico con TEA no se hallaron diferencias significativas en el riesgo, sí que era posible hallarlas en el tipo de experiencia de bullying.

Discusión/conclusiones:

Es un hecho que los pacientes con TEA son víctimas con mayor frecuencia de bullying que sus iguales neurotípicos. Se identifica como factores asociados la presencia de alteraciones de conducta, mayor edad, asistencia a colegios no específicos, y la presencia de comorbilidad o alta carga de rasgos autistas (Zablotsky, Bradshaw, Anderson & Law, 2013). En cambio, como factores de protección se identifica el disponer de relaciones sociales positivas (al menos un amigo), acudir a colegios especializados, mayor implicación parental y una relación con sus padres basadas en la confianza (Hebron & Humphrey, 2014).

Referencias Bibliográficas:

1. Zablotsky, B., Bradshaw, C. P., Anderson, C. M., & Law, P. (2013). Risk factors for bullying among children with autism spectrum disorders. *Autism*, 18(4), 419-427. doi:10.1177/1362361313477920
2. Hebron, J., & Humphrey, N. (2013). Exposure to bullying among students with autism spectrum conditions: A multi-informant analysis of risk and protective factors. *Autism*, 18(6), 618-630. doi:10.1177/1362361313495965

P75

¿SER PADRES A CUALQUIER PRECIO?

PRIMER AUTOR: José María Martín Jiménez, Psiquiatra con atención exclusiva a niños y adolescentes, Servicio Canario de la Salud

OTROS AUTORES: Irene Quesada Suárez

RESUMEN:**Introducción:**

El estilo de vida occidental actual, a pesar de las diversas políticas favorecedoras para la natalidad, ha ido retrasando progresivamente la edad a la que se produce la primera gestación. Tal es así, que España encabeza el retraso en la maternidad en Europa, siendo la edad al primer hijo la más elevada del mundo en la actualidad, y Gran Canaria (GC) no constituye una excepción, puesto que la edad media de las madres y los padres ido incrementándose en las últimas dos décadas.

El resultado de esta tendencia repercute en la fertilidad posterior, haciendo cada vez más necesario que las parejas tengan que recurrir a técnicas de reproducción asistida (TRA). En esta línea, ha surgido un creciente interés por la posible asociación del empleo de las TRA y la aparición de alteraciones en el neurodesarrollo, y en particular, los trastornos del espectro del autismo (TEA).

Por este motivo, y debido a la alta frecuencia de casos en seguimiento con TEA en la Unidad de Salud Mental de la Red Pública de GC con mayor incidencia para estos cuadros, se decide realizar un estudio descriptivo, analizando su presencia en esta población. Asimismo, se realiza un estudio de la bibliografía existente que aborda la situación del TEA entre los menores nacidos a partir de TRA, desde la publicación del caso del primer nacido a través de FIV.

Material y método:

Se realiza un estudio descriptivo transversal, en el que se analizan las características de la población infanto-juvenil atendida con diagnóstico de trastornos englobados en el espectro del autismo (CIE 10: F84, y sus subepígrafes) en la Unidad de Salud Mental Comunitaria con la mayor proporción de pacientes con TEA en seguimiento de Gran Canaria.

Asimismo, se lleva a cabo una revisión de la literatura científica haciendo uso de la base de datos Pubmed, utilizando la combinación de términos MeSH "Autism Spectrum Disorder" y "Reproductive Techniques, Assisted", hallándose un total de 31 artículos. De los cuales, se escogieron aquellos que cumplieran los criterios de selección y el contenido fuera acorde.

Resultados:

Entre los pacientes atendidos, el 76,4% son varones con una edad media de 7,51 años. De entre toda la muestra, el 24,6% fueron concebidos a través de alguna TRA. En cuanto a eventos perinatales, aunque casi el 60% de los casos no presentaba ninguna alteración, en hasta el 35% de los casos existió *prematuridad o riesgo de pérdida del bienestar fetal*.

Discusión/conclusiones:

Como conclusión, los resultados de nuestra muestra, constituida por 142 casos entre 2 y 18 años, indican una llamativa incidencia de TRA, así como otros aspectos perinatales y alteraciones en el neurodesarrollo. La bibliografía muestra resultados contradictorios, lo cual, junto con nuestros resultados, confirman la necesidad de poner un énfasis cada vez mayor en estudiar sus resultados a largo plazo.

Referencias Bibliográficas:

1. Sandin, S., Hultman, C., & Reichenberg, A. (2013). Autism in children born after in vitro fertilization--reply. *Jama*, 310(19), 2101. doi:10.1001/jama.2013.278610
2. Rumbold, A. R., Moore, V. M., Whitrow, M. J., Oswald, T. K., Moran, L. J., Fernandez, R. C., . . . Davies, M. J. (2017). The impact of specific fertility treatments on cognitive development in childhood and adolescence: a systematic review. *Hum Reprod*, 32(7), 1489-1507. doi:10.1093/humrep/dex085

P76

SABER DE DÓNDE PARTIMOS NOS AYUDA A CONOCER A DÓNDE VAMOS. EVALUACIÓN EN UN PROGRAMA GRUPAL.

PRIMER AUTOR: José María Martín Jiménez, Psiquiatra, Servicio Canario de Salud

OTROS AUTORES: Irene Quesada Suárez

RESUMEN:

Introducción:

Los **trastornos del espectro autista** (TEA) constituyen un amplio espectro que exhiben una gama completa de funcionamiento intelectual y habilidades del lenguaje, con dificultades persistentes en la capacidad para iniciar y mantener la interacción y la comunicación sociales recíprocas, además de por una serie de patrones de comportamiento e intereses restringidos, repetitivos e inflexibles, cuyo inicio ocurre durante el período de desarrollo, típicamente en la primera infancia.

Dentro de esta categoría se reconoce, tanto en la 5ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico como en la 11ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades, un grupo de sujetos con dichas dificultades cuyo funcionamiento intelectual se sitúa al menos dentro del rango promedio, y existe como máximo leves dificultades en la capacidad para usar el lenguaje funcional. Este conjunto se correspondería con la denominación de «TEA con un Alto Funcionamiento» (TEA-AF), cuyo perfil de afectación condujo a que muchos los consideran como «Trastornos Sociales».

El entrenamiento en Habilidades Sociales (HHSS) se viene considerando como un elemento fundamental que debe ser integrado como parte del abordaje de sujetos con TEA-AF, puesto que la simple exposición al grupo de iguales y a situaciones de interacción social no parece resultar suficiente para fomentar el desarrollo de HHSS apropiadas para su edad. De entre las diferentes intervenciones llevadas a cabo, destacan los Grupos de Habilidades Sociales (GHS), los cuales constituyen uno de los tratamientos más utilizados y recomendados para mejorar este aspecto de los individuos con TEA-AF, reportando beneficios en diferentes áreas.

Material y método:

El objeto del presente trabajo consiste en analizar el perfil de HHSS en los pacientes con diagnóstico que se corresponde con la denominación de TEA-AF (según como aparecen recogidos en la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), los relativos a los códigos F84.5 y F84.9) incluidos en un Programa de HHSS en formato grupal desarrollado en una Unidad de Salud Mental de la Red Pública de Gran Canaria, con edades comprendidas entre los 8 y 10 años. Adicionalmente, se pretende observar si existe concordancia entre la valoración en competencias sociales que realiza la familia, y la valoración que realiza el propio menor.

Para ello, se administra el Social Skills Improvement System Rating Scales (Gresham & Elliott, 2008) a los padres y a los menores, así como un cuestionario desarrollado ad hoc.

Resultados:

Se muestran la heterogeneidad en cuanto a los perfiles de HHSS, y la falta de coherencia entre lo hallado por los padres y la valoración que realizan los chicos de su desempeño. Además, existen importantes diferencias entre las valoraciones de los padres y los chicos, que a pesar de no existir diferencias estadísticamente significativas entre ambas a nivel global, sí que existen a nivel individual.

Discusión/conclusiones:

A pesar de que, tal y como se observa en la literatura (Woodbury-Smith & Volkmar, 2009), no existe un patrón característico en cuanto al perfil de competencias sociales en TEA-AF, sin embargo todos comparten dificultades en cuanto al funcionamiento social. Asimismo, existen notables diferencias entre las valoraciones realizadas por los distintos jueces, haciéndose necesario el incluir en los cuestionarios escalas de validación, con el fin de ponderar los resultados.

Referencias Bibliográficas:

- Gresham, F. M., & Elliott, S. N. (2008). Social Skills Improvement System. Minneapolis: Pearson.

P77

CUANDO LA BASE SE TAMBALEA. EFECTO DE LA SINTOMATOLOGÍA NEGATIVA EN ETAPAS TEMPRANAS.

PRIMER AUTOR: José María Martín Jiménez, Psiquiatra con atención exclusiva a niños y adolescentes, Servicio Canario de la Salud

OTROS AUTORES: Irene Quesada Suárez

RESUMEN:

Introducción:

Con el término de Esquizofrenia (EZ) se hace referencia a un grupo devastador de trastornos caracterizados por alteraciones en múltiples modalidades mentales, incluyendo el pensamiento, la percepción, la experiencia personal, la cognición, volición, afecto y el comportamiento. Éstos, además, afectan globalmente la vida del individuo que la sufre. Aunque su inicio suele producirse al comienzo de la edad adulta, no es infrecuente que tenga lugar a edades más tempranas, definiéndose con los mismos criterios que en adultos, a pesar de las recientes modificaciones llevadas a cabo en los principales manuales de clasificación.

El comienzo temprano suele asociarse a una instauración insidiosa, exhibiendo un deterioro en el funcionamiento del menor, aislamiento social, desorganización, disminución para desarrollar las actividades diarias, cambios en el afecto, agresividad y anergia, predominando así en el cuadro la sintomatología negativa (SN), la cual precede a los síntomas productivos en hasta dos años de media. Dicha SN, asimismo, suele ser relativamente constante, se asocia a peores resultados a nivel global y su presencia predice el diagnóstico de EZ.

La SN en los trastornos psicóticos primarios incluye alteraciones como alogia o pobreza del habla, abulia, afecto aplanado, restringido o embotado, abulia, anhedonia y aislamiento social.

Material y método:

El objeto del presente trabajo consiste en estudiar la bibliografía existente y realizar un análisis de las implicaciones de la SN en la EZ de inicio en edad infanto-juvenil.

Para ello, se lleva a cabo una búsqueda entre la evidencia existente y análisis de las implicaciones de la SN en la EZ que afecta a niños y adolescentes a través de Pubmed en los últimos 25 años.

Resultados:

La SN ha sido considerada tradicionalmente como un componente central de la EZ, y constituyen un grupo heterogéneo de síntomas que pueden diferir en causa, curso longitudinal y abordaje. Ésta es habitual en las formas de inicio (muy) precoz, y tienen importantes implicaciones pronósticas y predictivas.

Discusión/conclusiones:

La literatura clásica de la EZ asocia las formas de inicio en edad infanto-juvenil con una mayor severidad del cuadro, una mayor asociación con la SN y peores resultados en el pronóstico, a pesar de que las referencias que analizan específicamente esta cuestión ha sido escasa, y la mayoría de los estudios han sido retrospectivos, con el sesgo que ello implica.

A pesar de la existencia de hallazgos contradictorios, existen múltiples datos que asocian la menor edad de aparición con SN (Díaz-Caneja et al., 2015) y que ésta se asocie con un curso altamente estable (Drake et al., 2016), y un pronóstico funcional más pobre.

Referencias Bibliográficas:

- Díaz-Caneja, C. M., Pina-Camacho, L., Rodríguez-Quiroga, A., Fraguas, D., Parellada, M., & Arango, C. (2015). Predictors of outcome in early-onset psychosis: a systematic review. *NPJ Schizophr*, 1, 14005. doi:10.1038/npjshz.2014.5
- Drake, R. J., Addington, J., Viswanathan, A. C., Lewis, S. W., Cotter, J., Yung, A. R., & Abel, K. M. (2016). How age and gender predict illness course in a first-episode nonaffective psychosis cohort. *J Clin Psychiatry*, 77(3), e283-289. doi:10.4088/JCP.14m09369

P78

DETRÁS DEL SÍNTOMA: ACTUALIZACIÓN DE PERFIL DEL ADOLESCENTE CON CORTES EN ATENCIÓN AMBULATORIA.

PRIMER AUTOR: Irene Quesada Suárez, Psicóloga Clínica, Servicio Canario de Salud

OTROS AUTORES: José María Martín Jiménez

RESUMEN:

Introducción:

El interés por la autolesión no suicida (ANS) no hace más que crecer, y no sólo entre los profesionales de la Salud Mental, sino que también se ha convertido en una importante preocupación para el público en general.

A pesar de los problemas ligados a una falta de homogeneidad en lo que se refiere al concepto, es posible tomar como referencia la definición de la ANS como todo acto de hacerse daño de manera directa y deliberada sobre el propio cuerpo, sin la intención de provocar la muerte -principalmente cortes autoinflingidos- (Nock, 2010). Además, en la actualidad se contempla la ANS dentro del apartado de afecciones que necesitan un mayor estudio de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición.

De acuerdo a la literatura existente, una de las funciones comunes de la ANS se relaciona con una herramienta que utiliza el sujeto para tratar de regular un amplio rango de estados emocionales negativos y egodistónicos, siendo contemplado por ciertos autores como una estrategia de afrontamiento desadaptativa en conflictos interpersonales. Asimismo, el motivo de insistir en el estudio de dichas conductas reside en su asociación con psicopatología y con suicidio consumado, para el que se considera un importante factor de riesgo (Reitz et al, 2015).

Se lleva a cabo el presente trabajo con la finalidad de indagar la presencia de rasgos de personalidad comunes a población en edad adolescente con realización de ANS en seguimiento ambulatorio por una Unidad de Salud Mental (USM).

Material y método:

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica limitada a los últimos diez años acerca de la relación existente entre determinadas características de personalidad y la realización de cortes autoinflingidos a través de la base de datos Pubmed. En otro orden, se desarrolla una exposición de datos clínicos de pacientes atendidos a nivel ambulatorio en una USM, exhibiendo a su vez sus resultados tras la administración del Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI).

Resultados:

La revisión de la literatura existente aclaraba que el principal contribuyente de la relación entre el TLP y la conducta suicida podría explicarse en gran medida por la desregulación afectiva. En nuestra muestra observamos tasas base (TB) superiores a 70 en introversión (TB: 89) y superiores a 60 en inhibición, pesimismo y autopunición. Respecto a preocupaciones expresadas y síndromes clínicos observamos TB superiores a 70 en difusión de identidad, desvalorización de sí mismo, inseguridad con iguales, abusos en la infancia y afecto depresivo.

Discusión/conclusiones:

A modo de conclusión conviene destacar la presencia de ciertas similitudes en los resultados en rasgos de personalidad en población adolescente atendida desde nuestra USM. Ello debiera ser considerado con el fin de adaptar los tratamientos a dichas características comunes y de esta manera optimizar el abordaje detectando aspectos transdiagnósticos que vehiculizan la aparición de las conductas problema. Por otro lado, dichos hallazgos debieran ser tenidos en consideración para los futuros manuales de clasificación diagnóstica, con el fin de hallar factores que medien en su evolución.

Referencias Bibliográficas:

- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual review of clinical psychology*, 6, 339-363.
- Reitz, S., Kluetsch, R., Niedtfeld, I., Knorz, T., Lis, S., Paret, C., ... & Bohus, M. (2015). Incision and stress regulation in borderline personality disorder: neurobiological mechanisms of self-injurious behaviour. *The British Journal of Psychiatry*, 207(2), 165-172.

P79

¿QUIÉN CONSULTA POR CORTES? ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UNA INTERVENCIÓN GRUPAL CON ADOLESCENTES.

PRIMER AUTOR: Irene Quesada Suárez, Psicóloga Clínica, Servicio Canario de Salud

OTROS AUTORES: José María Martín Jiménez, Encarnación Muñoz Díaz, Sabrina González Santana

RESUMEN:

Introducción:

De acuerdo a la literatura, la «autolesión no suicida» (ANS) suele presentarse principalmente en población femenina, con edades comprendidas entre los 15 y 18 años (Hawton y Harris, 2007) y con bajo nivel socioeconómico. La presencia de psicopatología -concretamente depresión-, la presencia de rasgos anómalos de la personalidad, la impulsividad, los problemas de autoestima, los aspectos ligados a identidad de género, la historia previa de trauma y la existencia de pobres relaciones interpersonales y familiares se asocian con ANS en adolescentes.

Los primeros abordajes destinados a las ANS focalizaban sus esfuerzos en la depresión o los pensamientos suicidas, ya que se argumentaba estaban en la base de estas conductas. El primer tratamiento reconocido para la ANS fue desarrollado en la década de los ochenta por Conterio y Lader. En la actualidad se dispone de múltiples modalidades de intervención, siendo la Terapia Dialéctico Conductual (TDC) la que ha ofrecido mejores resultados, sin embargo, no existe evidencia contundente en relación a la eficacia de ningún tratamiento específico (Lovell y Clifford, 2016).

Como objetivo de esta labor de investigación se pretende analizar y exhibir las características sociodemográficas en población adolescente atendida a nivel ambulatorio en un dispositivo de segundo nivel de atención ambulatoria de Salud Mental y su relación con los hallazgos de acuerdo a la evidencia científica. Asimismo se pretende mostrar la aplicación de la TDC en adolescentes en formato grupal que se realiza en dicho medio.

Material y método:

En relación al método, se procede a exponer características sociodemográficas de población atendida con ANS así como se describe el programa realizado haciendo uso de un enfoque desde la TDC en su formato de aplicación adolescente en modalidad grupal en una Unidad de Salud Mental.

Resultados:

El perfil típico en nuestro medio del adolescente con ANS consiste en una mujer, con una edad media de 16 años y con un nivel socioeconómico bajo.

En relación a aspectos clave de la TDC se expone el desglose de la Terapia en cinco bloques. En concreto, las áreas problema abordadas se resumen en conciencia reducida y foco, desregulación emocional, impulsividad, problemas interpersonales, retos del adolescente y sus familiares. Las habilidades entrenadas consisten en Mindfulness, tolerancia al estrés, habilidades de regulación emocional, efectividad interpersonal y habilidades “camino de en medio”.

Discusión/conclusiones:

A modo de conclusión se debe recalcar la similitud entre los hallazgos sociodemográficos en nuestra muestra y lo hallado en la literatura. En otro orden, se observa que la TDC comparte ciertas consideraciones con otras terapias: la evaluación del contexto y la severidad de la ANS, la supervisión de los casos para mantener la objetividad y efectividad del tratamiento, el establecimiento de la relación terapéutica, determinar la razón tras la conducta, abordar los pensamientos y creencias, abordar las conductas y fortalecer el sistema de apoyo.

Referencias Bibliográficas:

1. Lovell, S., & Clifford, M. (2016). Nonsuicidal self-injury of adolescents. *Clinical pediatrics*, 55(11), 1012-1019.
2. Hawton, K., & Harriss, L. (2007). Deliberate self-harm in young people: characteristics and subsequent mortality in a 20-year cohort of patients presenting to hospital. *The Journal of clinical psychiatry*.

P80

SUFRIMIENTO LIGADO A LAS EMOCIONES: RESULTADOS DE UN ESTUDIO PILOTO DE TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL EN LA ADOLESCENCIA

PRIMER AUTOR: Irene Quesada Suárez, Psicóloga Clínica, Servicio Canario de Salud

OTROS AUTORES: José María Martín Jiménez

RESUMEN:

Introducción:

En las últimas décadas se ha observado un incremento en población general de conductas autolesivas, y en consecuencia, una mayor tendencia en la investigación de las denominadas autolesiones no suicidas (ANS). La edad de inicio para la realización de estas conductas se estima entre los 12 y 14 años de edad, convirtiéndose en un problema que justifica la preocupación en la población general y entre los profesionales que dedican su labor a la Salud Mental. Concretamente, según evidencias recientes, las cifras alcanzan niveles que oscilan entre el 7.5-46.5% en adolescentes, 38.9% en estudiantes universitarios y el 4-23% en adultos que han empleado las ANS (Cipriano, Cella y Cotrufo, 2017).

La Terapia Dialéctica Conductual (TDC) adopta un enfoque de entrenamiento en habilidades desarrollado por Marsha Linehan (2014) como abordaje para el Trastorno Límite de Personalidad (TLP). Este tratamiento toma como base el modelo biosocial del TLP desde el cual se argumenta que se trata de un trastorno persistente de la regulación afectiva dentro de una etiología multicausal en el que se entremezclan aspectos biológicos con determinados entornos invalidantes. Esta modalidad de intervención se ha demostrado efectiva en el manejo de estados emocionales negativos e intensos que pueden provocar repercusión funcional, lo cual ha permitido que se lleven a cabo diferentes adaptaciones del modelo en poblaciones específicas.

El objeto del presente trabajo se dirige a mostrar los efectos de un abordaje grupal en población adolescente con la TDC a través de los resultados en términos de sintomatología y adaptación en el grupo de adolescentes atendidos desde un dispositivo de atención ambulatoria de segundo nivel bajo este enfoque.

Material y método:

Se lleva a cabo un estudio descriptivo realizando diferentes cortes evaluativos durante el proceso grupal en el que se analizan la psicopatología y el funcionamiento adaptativo en un grupo de adolescentes con edades entre los 15-18 años con ANS. Para ello se hace uso del *Cuestionario de 90 Síntomas Revisado* (SCL 90-R) y *Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil* (TAMAI)

Resultados:

Se aprecia una mejoría de la psicopatología en términos globales, aunque los resultados no alcanzaron significación estadística. Entre las dimensiones primarias, los mayores efectos ocurrieron en las dimensiones de "depresión". En otro orden, en cuanto a la adaptación personal, se aprecian diferencias significativas en «*inadaptación personal*» ($p=0.044$), y en «*inadaptación social*» ($p=0,031$).

Discusión/conclusiones:

A modo de conclusión se debe recalcar la rapidez en la reducción de sintomatología afectiva, que a pesar de los resultados no hallaron significancia estadística (quizá por la potencia del diseño del estudio), sí que fueron de relevancia clínica. Por todo ello, el estudio piloto nos ofrece información acerca del papel que puede ejercer esta modalidad de terapia en la ayuda del manejo de emociones intensas y abrumadoras presentes justo antes de la ANS. Asimismo, la TDC permite una mayor conciencia emocional al tiempo que refuerza la utilización de estrategias de afrontamiento más adaptativas.

Referencias Bibliográficas:

- Cipriano, A., Cella, S., & Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal self-injury: a systematic review. *Frontiers in psychology*, 8, 1946.
- Linehan, M. (2014). *DBT? Skills training manual*. Guilford Publications.

P81

CONSUMO DE SUSTANCIAS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS

PRIMER AUTOR: Nieves De Uribe Viloria , MIR3 Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Valladolid

OTROS AUTORES: Eva Rodríguez Vázquez, Carmen Capella Meseguer, Mónica De Lorenzo Calzon, Marta Gómez García, Isabel Santos Carrasco, Joana Gonçalves Cerejeira, Soraya Geijo Uribe, Beatriz Mongil López, Fernando De Uribe Ladrón De Cegama

RESUMEN:

Introducción:

El consumo de tóxicos tiene una incidencia y prevalencia elevadas en la adolescencia, siendo el tabaco y alcohol las drogas más consumidas y el cannabis la droga ilegal más consumida en este grupo etario, con frecuencia en aumento.

Objetivo:

analizar el consumo de sustancias en la UHB-IJ del HCU de Valladolid.

Material y método:

Estudio descriptivo sobre prevalencia y características del consumo de tóxicos en la UHB-IJ del HCUV, entre 2007-2018.

Variables: edad, sexo, estancia media, diagnóstico principal, diagnóstico secundario, tóxicos, conflictiva en eje IV.

Análisis: IBM-SPSS-Statistics-23.

- Cuantitativas: medias, desviaciones estándar; T-Student
- Cualitativas: frecuencias, porcentajes; Chi Cuadrado, V Cramer.

Resultados:

N = 1170 (45.85% V y 54.15% M), Edad = $13,8 \pm 2,62$ [5-18], Estancia = $23,48 \pm 15,476$ [1-104]).

La prevalencia de consumo entre los ingresados fue del 14,2%. El consumo de tabaco no fue registrado. De las drogas evaluadas, la más frecuente fue el cannabis (61,8% del total), seguida de alcohol (16,0%), alcohol y cannabis (13,0%), policonsumo (6,1%) y otras (3,1%).

De los consumidores, el 51,9% eran mujeres y el 48,2% varones; sin embargo el consumo era más frecuente en varones (14,7%) que en mujeres (13,3%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el tipo de sustancia según sexos.

Los sujetos consumidores tenían más edad media ($15,38 \pm 0,401$) que los no consumidores ($13,37 \pm 0,377$).

El grupo diagnóstico con mayor consumo es el de Trastorno psicótico (30,6%), seguido de problema sociofamiliar (23,5%) y TDAH (21,9%). El menor consumo se dio en TEA (5,8%), Trastornos Afectivos (7,9%), y Retraso Mental (8,93%). Estos datos resultaron significativos ($p < 0,001$), aunque la fuerza de la asociación fue baja ($V = 0,231$).

Discusión/conclusiones:

El consumo de sustancias es una entidad prevalente entre los ingresados, más en varones que en mujeres. El cannabis en particular es una sustancia popular entre los jóvenes, cuyo consumo aparece asociado a la patología mental, especialmente a Trastornos psicóticos, donde podría actuar como desencadenante, aunque no puede excluirse la posibilidad de que sea empleado como forma de "automedicación"; además aparece asociado al TDAH, así como a la problemática sociofamiliar, lo que podría hablar del rol del ambiente en el inicio temprano de consumo. hace falta estudiar en mayor profundidad el rol del consumo de sustancias en la evolución y pronóstico de los pacientes ingresados.

Referencias Bibliográficas:

- Delegación del Gobierno Para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre el uso de drogas en Enseñanza Secundaria en España (ESTUDES 2016-2017). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid 8 de marzo de 2018.
- Groenman, AP et al. Childhood psychiatric disorders as risk factor for subsequent substance abuse: a meta-analysis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2017.

P82

UNA MIRADA HACIA EL ABSENTISMO ESCOLAR

PRIMER AUTOR: Esther Baeza Tena, Psicóloga especialista clínica. Centro de salud mental infanto-juvenil. Hospital del mar. Barcelona

OTROS AUTORES: María Teresa Nacimiento, Laura Díaz Digon, Helena Navarro Martínez, Jara López Serrano, Ana Vilar Garces, Ana Salvador Castellano, Iciar Ezquiaga Bravo, Santiago Batlle Vila

RESUMEN:

Introducción:

El absentismo escolar es la situación de inasistencia al colegio por parte del alumno de manera permanente y prolongada. Es una ausencia injustificada de manera reiterada que no está basada en la ansiedad ni en el consentimiento paterno. El absentismo es un problema crónico de nuestra sociedad. Se encuentra íntimamente relacionado con el fracaso a alcanzar y desarrollar un aprendizaje pertinente dentro de un desarrollo escolar adecuado y esto, en la mayoría de las veces, termina en un fracaso laboral. Tiene múltiples repercusiones, pero las más importantes son la autoestima y la identidad social del adolescente.

Material y método:

Revisión bibliográfica de la literatura científica. Análisis de datos mediante la búsqueda de documentación en dos de las principales bases de datos actualmente: Redalyc y PsycINFO. Se obtienen 14 artículos.

El objetivo es extraer conclusiones que nos ayuden a comprender el absentismo escolar. Conocer el perfil y las causas del absentismo, así como los factores protectores y de riesgo para poder crear una prevención y un control de la conducta absentista.

Resultados:

La conducta absentista tiene como consecuencia el abandono del centro escolar, el abandono del aprendizaje y como punto final, el abandono de la educación. El perfil preferiblemente varón, rango de edad 15-16 años, niveles inferiores de autoestima, de autoconcepto y de competencia social, unido a relaciones familiares más conflictivas, control parental inferior y estilo educativo muy permisivo

Discusión/conclusiones:

El absentismo escolar es un fenómeno relativamente nuevo pero que cada año va en aumento y está iniciando desde edades más tempranas. Es un fenómeno al que no se le brinda la atención necesaria, es un problema crónico de nuestra sociedad y los efectos no son del todo inmediatos. Es importante realizar un trabajo multidisciplinar, desde un enfoque clínico, sociales y escolar

Referencias Bibliográficas:

1. Palomo del Blanco, M. (2014). EL AUTOCONCEPTO Y LA MOTIVACIÓN ESCOLAR: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 6 (1), 221-228.
2. Cruz Orozco, J., & García de Fez, S., & Grau Vidal, R. (2017). ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE REITERADO ABSENTISMO ESCOLAR. UN ESTUDIO A PARTIR DE LAS DILIGENCIAS DE INVESTIGACIÓN PENAL DE LA FISCALÍA DE VALENCIA. *Profesorado. Revista de Currículum y Formación de Profesorado*, 21 (4), 159-175.

P83

ANTECEDENTES DE CONDUCTA AUTOLESIVA EN POBLACIÓN ADOLESCENTE DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DE ADOLESCENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS.

PRIMER AUTOR: Carlota Moya Lacasa, Médico Interno Residente de Tercer año de Psiquiatría. Área Sanitaria IV, Asturias.

OTROS AUTORES: Laura Rubio Rodríguez, Iciar Abad Acebedo, Clara M Álvarez Vázquez, Francesco Dal Santo, Elisa Seijo Zazo

RESUMEN:

Introducción:

La historia personal de lesión autoinfligida intencionalmente se encuentra codificada en la CIE-10 como Z91.5. La prevalencia de Z91.5 en la población general adolescente se encuentra en torno a un 12%, encontrándose relacionada con síntomas depresivos, y un mayor riesgo de conducta suicida. También se ha observado que determinados factores sociodemográficos pueden suponer un mayor riesgo de conductas autolesivas.

En este estudio pretendemos describir las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes ingresados durante 2017 y 2018 en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría de Adolescentes (UHPA) del Hospital Universitario Central de Asturias; y analizar la existencia de diferencias en las variables recogidas en función de la presencia de autolesiones (Z91.5) en dicha muestra.

Material y método:

Estudio descriptivo de 200 pacientes (105 mujeres y 95 varones; edad media $15,00 \pm 1,638$), donde se analizaron variables clínicas como el diagnóstico de ingreso, la presencia o ausencia de conducta suicida, historia previa de autolesiones autoinfligidas; y sociodemográficas como el sexo, la edad, la presencia de problemática social y la residencia en un centro de menores.

Resultados:

El 51,7% de la muestra son mujeres. La estancia media fue de $14,66 \text{ días} \pm 8,83$). El 53,2% de los ingresos fueron motivados por conducta suicida, y un 34,8% de la muestra había ingresado previamente en la UHPA. Los diagnósticos al alta fueron englobados según la codificación de la CIE-10, siendo el grupo diagnóstico más frecuente el F30, con un 39,9%.

De los pacientes que presentaban historia personal de autolesiones (Z91.5), el 73,5% eran mujeres ($\chi^2=49,87$; $p=0,000$), el 92,3% ingresaron por conducta suicida ($\chi^2=166,55$; $p=0,000$), y el 57,3% presentan diagnósticos F30 ($\chi^2=32,88$; $p=0,000$).

En cuanto a la frecuencia de Z91.5 según el grupo diagnóstico, aquellos pacientes englobados dentro de F50, presentaban un 94,4% de historia personal de autolesiones ($\chi^2=10,57$; $p=0,001$), seguidos por F30, con un 82,7% ($\chi^2=32,88$; $p=0,000$), y F40 con un 80,8% ($\chi^2=6,11$; $p=0,013$).

De los sujetos que presentaban antecedentes personales de problema social, el 62,0% tenían antecedentes de lesiones autoinfligidas ($\chi^2= 14,78$; $p<0,00$), mientras que de aquellos que residían en un centro de menores, 51,4% había presentado conducta autolesiva con anterioridad ($\chi^2=1,54$; $p=0,46$).

Discusión/conclusiones:

Los resultados obtenidos siguen la línea de la literatura publicada, observándose relación entre la historia de autolesiones y la presencia de síntomas depresivos. Sin embargo, hemos detectado mayor frecuencia de Z91.5 en los trastornos de la conducta alimentaria, lo cual podría explicarse por su frecuente asociación con trastornos depresivos y rasgos impulsivos de personalidad. Asimismo, hemos observado que los antecedentes de problema social también se relacionan con una mayor frecuencia de conductas autolesivas.

Dados los resultados obtenidos, nos planteamos la necesidad de un abordaje especializado de la conducta autolesiva no solo en función del diagnóstico clínico, sino también de la situación social del paciente.

Referencias Bibliográficas:

1. Zubrick SR, Hafekost J, Johnson SE, Sawyer MG, Patton G, Lawrence D. The continuity and duration of depression and its relationship to non-suicidal self-harm and suicidal ideation and behavior in adolescents 12-17. *Journal of Affective Disorders*. 2017; 220 (49-56).
2. Goldstein A, Gvion Y. Socio-demographic and psychological risk factors for suicidal behaviour among individuals with anorexia and bulimia nervosa: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2019; 245 (1149-1167).

SÍNDROME DE KLINEFELTER Y PSICOSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

PRIMER AUTOR: Eva Rodríguez Vázquez, MIR-2 Psiquiatría HCUV

OTROS AUTORES: Carmen Capella Meseguer, Nieves de Uribe Vilorio, Marta Gómez García, Mónica de Lorenzo Calzón, Isabel Santos Carrasco, Joana Gonçalves Cerejeira, Javier de la Iglesia Larrad, Marta Hernández García, Soraya Geijo Uribe

RESUMEN:

Introducción:

El síndrome de Klinefelter es la aneuploidía sexual más común, afectando a 1 de cada 670 hombres. Se caracteriza por un cromosoma X extra, resultando un cariotipo de 47 XXY. Tiene una expresión heterogénea incluyendo infertilidad, hipogonadismo, retraso del lenguaje, alteraciones metabólicas, neurocognitivas y alteraciones psiquiátricas. Existen múltiples estudios con resultados contradictorios en cuanto a la relación de las alteraciones psiquiátricas y el síndrome de Klinefelter, aunque en general se acepta que éste, aumenta la vulnerabilidad a esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno del espectro autista y TDAH.

Material y método:

Estudio descriptivo de un caso clínico y revisión bibliográfica.

Resultados:

Varón de 15 años, que reside con su madre y hermana menor.

Hace unas semanas comienza a mostrarse más activo, con más planes, más afectuoso, refiriendo que “las cosas han cobrado sentido, y ahora entiendo muchas cosas...”.

Durante la siguiente semana mantiene un estado de inquietud y ansiedad, con problemas para dormir motivo por el que acude a urgencias donde le prescriben un ansiolítico. Persistiendo esta clínica y comenzando a sentirse observado y vigilado por cámaras acudiendo de nuevo a urgencias. Se encuentra muy angustiado, realizando comentarios del tipo “tengo el cerebro en los pies...” “las camillas vienen para operarme el corazón que me sangra” y comportamientos extraños. Se le pauta risperidona 1mg y se deriva a consultas de forma preferente.

Acude por tercera vez a urgencias, al parecer tras percibir un olor extraño siente la necesidad de salir del domicilio, llegando a autoagredir, y precisando la contención de los familiares en un primer momento para no salir por la ventana. Momento en el que se decide el ingreso en la UHBIJ.

Verbaliza percibir sensaciones en forma de olores y ruidos fuertes que resultan molestos y muy desagradables para él, describe como distintos órganos de su cuerpo (cerebro, corazón y estómago) no se encuentran en su sitio, y su funcionalidad no es la correcta expresando su miedo a que hayan dejado de funcionar o que pueda eliminarlos por las heces.

Durante el ingreso, mantuvo risperidona hasta 6mg/día y ansiolítico. Se inicia sertralina 50mg/día por cierto aplanamiento afectivo e ideas de carácter rumiativo. El fenotipo y los antecedentes informados por la familia de revisiones en pediatría por micropene y ginecomastia y bajo el asesoramiento del genetista del hospital se decidió realizar un cariotipo, resultando un Síndrome de Klinefelter. Diagnóstico al alta Trastorno Esquizofreniforme.

Discusión/conclusiones:

El Síndrome de Klinefelter está infradiagnosticado pese a tratarse de una alteración genética con una elevada prevalencia en la población general.

Presenta una elevada comorbilidad con muchos trastornos de la esfera psiquiátrica trastorno del Espectro Autista, TDAH, Esquizofrenia y Trastorno Bipolar.

Ser conocedores de esta aneuploidia y llevar a cabo los estudios complementarios que confirmen su diagnóstico es clave para realizar un correcto diagnóstico que permita una intervención terapéutica multidisciplinar precoz.

Referencias Bibliográficas:

1. Martin Cederlöf, Agnes Ohlsson Gotby, Henrik Larsson, Eva Serlachius, Marcus Boman, Niklas Långström, Mikael Landén, Paul Lichtenstein. Klinefelter syndrome and risk of psychosis, autism and ADHD. *Journal of Psychiatric Research*. Volume 48, Issue 1. 2014. Pages 128-130. ISSN 0022-3956. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.10.001>.
2. Vito Angelo Giagulli*, Beatrice Campone, Marco Castellana, Ciro Salzano, Alessandra Daphne Fisher, Cristina de Angelis, Rosario Pivonello, Annamaria Colao, Daniela Pasquali, Mario Maggi, Vincenzo Triggiani and on behalf of the Klinefelter Italian Group (KING), “Neuropsychiatric Aspects in Men with Klinefelter Syndrome”, *Endocrine, Metabolic & Immune Disorders - Drug Targets* (2019) 19: 109. <https://doi.org/10.2174/1871530318666180703160250>

P85

AULA TERAPEUTICO EDUCATIVA DE ADOLESCENTES: UNA EXPERIENCIA DE DOS AÑOS

PRIMER AUTOR: Rocio Gordo Seco, Psiquiatra. Equipo de salud mental infante juvenil. Burgos

OTROS AUTORES: Dolores Diaz Piñeiro, Begoña Antunez Maria, Xose Ramon Garcia Soto, Yolanda Alvarez Fernandez, Rosario Hernando Segura, Javier Velasco, Amalia Bravo

RESUMEN:

Introducción:

Uno de los retos más importantes en Salud Mental Infante-Juvenil es el desarrollo de los recursos necesarios para atender a esta población. Nos preocupa especialmente el abordaje de adolescentes con enfermedades mentales que por las características de su patología en algunos períodos de su vida escolar no pueden estar en los centros escolares ordinarios. Con el objetivo de atender a estos adolescentes, en el área de salud de Burgos se crea en el año 2016 el Aula Terapéutico-Educativa (AUTE), un programa que desarrolla el Equipo de Salud Mental Infante-Juvenil en colaboración con la Dirección provincial de Educación. Después de dos cursos de funcionamiento nos planteamos en este estudio describir el perfil de los pacientes incluidos y su evolución.

Material y método:

Estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de los pacientes derivados al programa a lo largo de los cursos 2016-17 y 2017-18.

Resultados:

El número de pacientes valorados para su posible inclusión ha sido de dieciocho, de los cuáles catorce se incorporan al programa. Diez pacientes presentaron una adecuada adherencia y recibieron el alta terapéutica, tres cursaron alta por abandono y uno de los casos fue dado de alta tras un período de valoración por no cumplir criterios de ingreso. Respecto al perfil y funcionamiento mental de los pacientes, nos hemos encontrado con diagnósticos heterogéneos: afectivos, ansiedad, trastornos de personalidad, etc. El nivel de competencia curricular en todos los casos era inferior al correspondiente. Todos se encontraban en la etapa secundaria obligatoria, excepto una alumna que cursaba 6º de Educación Primaria y otra Formación Profesional Básica.

Discusión/conclusiones:

La evolución que han presentado los adolescentes que han cumplido el programa ha sido muy favorable. La mala adherencia terapéutica en algunos casos consideramos que es una debilidad del programa, en probable relación con el proceso de selección e inclusión de los pacientes. A pesar de ello, la falta de disponibilidad de otros recursos más adecuados para algunos casos (Hospital de Día de Niños y Adolescentes), nos obliga a ser más flexibles en cuanto a los criterios de inclusión y exclusión.

El trabajo conjunto de profesionales de educación y sanidad se considera imprescindible en este tipo de recursos.

Referencias Bibliográficas:

1. II Plan de Atención a la diversidad en la educación de Castilla y León. 2015-20120.
Ver: http://www.jcyl.es/junta/cp/Proyecto_Plan_Atencion_Diversidad.pdf

P86

UTILIZACIÓN DE PSICOFÁRMACOS EN EL TRATAMIENTO AMBULATORIO DE MENORES EN ACOGIMIENTO RESIDENCIAL

PRIMER AUTOR: Alicia Díaz de la Peña, Médico Psiquiatra, Coordinadora del Centro de Salud Mental Infatnil de Oviedo

OTROS AUTORES: Iciar Abad Acevedo, Laura Rodríguez Rubio, Carlota Moya Lacasa, Tamara Coya Aonso, Verónica Concha González, Cristina Ibáñez López, Jennifer Fernández Fernández, Jose María González González, Elisa Sejo Zazo

RESUMEN:

Introducción:

Definiremos un centro de acogida como el recurso que atiende a los niños y adolescentes que se encuentran en situaciones de desprotección.

En las últimas décadas, la edad media de los menores que se encuentran en acogimiento ha aumentado, lo que incrementa la dificultad en el cuidado de estos menores; por otra parte, se ha observado que los niños que han permanecido en instituciones tienen más problemas emocionales y conductuales, así como mayores niveles de ansiedad y depresión.

Todo ello explica que haya también aumentado la necesidad de tratamiento con psicofármacos;

Material y método:

Se revisan las historias de todos los pacientes atendidos en el Centro de Salud Mental (CSM) durante el año 2018, mayores de 12 años, que se encontraban en el momento de ser atendidos en una situación de acogimiento residencial en los centros correspondientes al área sanitaria IV del Principado de Asturias, con el objetivo de describir la utilización de tratamiento con psicofármacos dentro de su atención terapéutica ambulatoria.

Resultados:

A lo largo de 2018 acudieron a consulta 41 pacientes de los cuales 28 (68 %) de ellos recibieron tratamiento con psicofármacos. Dado que se encuentran en centros de protección, la supervisión del tratamiento fue estricta y la adherencia terapéutica excelente en la mayoría de los casos.

Se han utilizado principalmente ansiolíticos, antedepresivos, neurolépticos y estabilizadores del ánimo.

Discusión/conclusiones:

A pesar de que muchos de los pacientes presentan trastornos claramente relacionados con su situación vital, la utilización de fármacos antidepresivos podría considerarse como menos frecuente de lo esperable.

Referencias Bibliográficas:

1. Delgado, L., Fornieles, A., Costas, C., & Brun-Gasca, C. (2012). Acogimiento residencial: problemas emocionales y conductuales. *Revista de investigación en educación*, 10(1), 158-171.
2. Guía Esencial de Psicofarmacología del Niño y del Adolescente. César Soutullo Esperón Editorial Médica Panamericana, 2018.

P87

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS DE LA VIDA COTIDIANA EN MENORES

PRIMER AUTOR: Sandra Oliver Hernandez

OTROS AUTORES: Elena Morón Martínez, Teresa Bellido Bel, Pedro Manuel Ruiz Lazaro, Silvia Mabry Paraiso, Ana Barrera Frances

RESUMEN:

Introducción:

Existen pocos casos realmente urgentes en Psiquiatría infantil que suelen responder a situaciones bruscas e inesperadas ante los cuales los adultos que rodean al niño se ven desbordados.

Objetivo: determinar los motivos de demanda de urgencia en Psiquiatría en menores de 18 años que no corresponden a patología: códigos Z CIE-10, problemas sociales, educativos, de crianza.

Material y método:

Estudio epidemiológico transversal durante un periodo temporal de 12 meses de las urgencias psiquiátricas en menores de 18 años atendidas en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza en el año 2018.

Resultados:

Durante 2018 un total de 361 urgencias fueron atendidas en Psiquiatría Infanto-Juvenil, al ser menores de edad, lo que supone un 14% del total de Urgencias (2.588) atendidas en Psiquiatría.

De entre los motivos de consulta se destacan problemas de la vida cotidiana relacionales familiares, sociales y educativos de crianza que no se corresponden a patología mental que cumpla criterios CIE-10, DSM-5 pero acuden de forma urgente solicitando atención por Psiquiatría

Discusión/conclusiones:

Un porcentaje no despreciable de la demanda de tipo urgente en menores de 18 años no corresponde a psicopatología sino a problemas familiares, sociales, relacionales, códigos Z CIE-10.

Referencias Bibliográficas:

-Porter M, Gracia R, Oliva JC, Pàmias M, Garcia-Parés G, Cobo J. Urgencias Psiquiátricas en Pediatría: características, estabilidad diagnóstica y diferencias de género. Actas Esp Psiquiatr 2016; 44 (6): 203-11

-S. Argemí, J. Cobo, G. Pujol, D. Bartoli, V. Aldecoa, M. Garcia. Características y evolución de las urgencias psiquiátricas infantojuveniles en un servicio general de urgencias pediátricas hospitalarias Acta Pediatr Esp. 2010; 68 (11): 547-553

P88

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS INFANTO-JUVENILES EN 48 MESES

PRIMER AUTOR: Elena Morón Martínez, Mir psiquiatría, Hcu lozano blesa zaragoza

OTROS AUTORES: Treresia Bellido Bel, Sandra Oliver Hernández, Silvia Mabry Paraiso, Ana Barrera Frances, Pedro Manuel Ruiz Lazaro

RESUMEN:

Introducción:

Objetivo: determinar características de menores de 18 años que acuden a Urgencias. Las consultas urgentes son más frecuentes con la edad y es en la adolescencia dónde se encuentran más situaciones de intervención urgente.

Material y método:

Estudio epidemiológico transversal durante 48 meses de las urgencias psiquiátricas en menores de 18 años atendidas en Servicio de Urgencias del HCU Lozano Blesa de Zaragoza en los años 2017 y 2018.

Resultados:

Durante 2017 se atendieron en HCU 349 urgencias en Psiquiatría Infanto-Juvenil, de 2.502, un 13,95% del total de Urgencias atendidas en Psiquiatría. Existió preponderancia del sexo femenino (60%) y la edad media de consulta fue de 14,1.

Durante 2018 un total de 361 urgencias en Psiquiatría Infanto-Juvenil, lo que supone un 14% del total de Urgencias (2.588) atendidas en Psiquiatría.

El diagnóstico más frecuente en 2017 fue ansiedad (17,5%), seguido de perturbación mixta del comportamiento y emociones (12,6%).

Por sexo, en hombres el más frecuente fue perturbación mixta del comportamiento y emociones (17% urgencias masculinas), seguido del trastorno de conducta (16.5%) y ansiedad (13%).

En mujeres ansiedad (20% urgencias femeninas), seguido de TCA (11.3%) y en tercer lugar con igual número perturbación mixta comportamiento y trastorno de personalidad (9.5%).

Se ingresa al 36% de las urgencias.

56/349 (16,04%) son ingresos programados en la UCEIJ de Aragón

Discusión/conclusiones:

En conclusión, se objetiva incremento de la demanda urgente en Psiquiatría Infanto-Juvenil con respecto a años previos que se mantiene en un 14% de las totales.

Referencias Bibliográficas:

-Porter M, Gracia R, Oliva JC, Pàmias M, Garcia-Parés G, Cobo J. Urgencias Psiquiátricas en Pediatría: características, estabilidad diagnóstica y diferencias de género. Actas Esp Psiquiatr 2016; 44 (6): 203-11

-S. Argemí, J. Cobo, G. Pujol, D. Bartolí, V. Aldecoa, M. García. Características y evolución de las urgencias psiquiátricas infanto-juveniles en un servicio general de urgencias pediátricas hospitalarias Acta Pediatr Esp. 2010; 68 (11): 547-553

P89

INFLUENCIA DEL GÉNERO EN LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DE ADOLESCENTES.

PRIMER AUTOR: Clara María Álvarez-Vázquez, MIR Psiquiatría, Hospital Universitario Central de Asturias. Servicio de Salud del Principado de Asturias.

OTROS AUTORES: Carlota Moya Lacasa, Laura Rubio Rodríguez, Iciar Abad Acevedo, Francesco Dal Santo, Julia Rodríguez Revuelta, Leticia González Blanco, Jennifer Fernández Fernández

RESUMEN:

Introducción:

La literatura sobre las diferencias de género en la población hospitalaria de Salud Mental infanto-juvenil es muy escasa^{1,2}. El objetivo de este póster es describir y analizar las diferencias en las características clínicas de los pacientes ingresados en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Adolescentes en función del género.

Material y método:

Estudio **descriptivo transversal** de una muestra de 221 ingresos generados por 148 pacientes: 78 varones (52,7%) vs. 70 mujeres (47,3%) entre enero de 2017 y diciembre de 2018. Sobre el total de ingresos (n =221) se describen y analizan las diferencias en la **media de edad**, **el motivo de consulta** y **días de duración** del ingreso en función del sexo. Respecto al total de pacientes (n=148) se describen y analizan las diferencias en **antecedentes personales psiquiátricos** (APP), **tentativas de suicidio previas** (TS), **existencia de reingresos y diagnóstico al alta** (DA). En los pacientes con varios ingresos se describen los APP y las TS respecto al primer ingreso; la existencia de reingresos y el DA respecto al último. Estadísticos empleados: Chi-cuadrado, T-student.

Resultados:

Se dividió el **total de ingresos (n=221)** en dos grupos según el sexo: masculino(M)(n=107; 48.4%) femenino (F)(n=114; 51.6%). Se encontraron diferencias significativas en la **media de edad** [M: 14.7 (2.2) vs. F:15.4(1.4)](p=0,007) y el **motivo de consulta**: (1)alteración de conducta [M:(n=60;56.1%) vs. F:(n=22;19.3%)] (2)síntomas depresivos [M:(n=9;8.4%) vs. F:(n=19;16.7%)] (3)conducta suicida [M:(n=22;20.6%) vs. F:(n=59;51.8%)] (4)síntomas psicóticos [M:(n=13;12.1%) vs. F:(n=8;7.0%)] (5)otros [M:(n=3;2.8%) vs. F:(n=3;2.6%)](p=0.000). No se encontraron diferencias significativas en la **duración del ingreso** en días: [M: 13.59 (12.0) vs. F:16.14(13.5)](p=0.19).

Se dividió el **total de pacientes** (n=148) en dos grupos según el sexo: M(n=78;52.7%) vs. F(n=70;47.3%). Se encontraron diferencias en la existencia de **TS** [M:(n=12;15.4%) vs. F:(n=29;41.4%)](p=0.000) y en el **DA**: (1)T. Psicótico [M:(n=13;16.7%) vs. F:(n=4;5.7%)] (2)T. Afectivo [M:(n=14;17.9%) vs. F:(n=37;52.9%)] (3)T. Generalizado del Desarrollo [M:(n=17;21.8%) vs. F:(n=2;2.1%)] (4)T. Conducta [M:(n=11, 14.1%) vs. F:(4;5.7%)] (5)T. Personalidad [M:(n=4;5.1%) vs. F:(n=6;7.1%)] (6)T. Ansiedad-adaptativo [M:(n=4;5.1%) vs. F:(n=7;10.0%)] (7) TDAH [M:(n=3;3.8%) vs. F:(n=2;2.9%)] (8) T. Alimentación [M:(n=1;1.3%) vs. F:(n=4;5.7%)] (9)retraso mental [M:(n=2;2.21%) vs F:(n=0; 0.0%)] y (10)otros [M:(n=4;5.1%) vs. F (n=7;10%)] (p=0.000%). No se encontraron diferencias significativas en los **APP** [M:(n=75;96.2%) vs. F(n=65;92.9%)] (p=0.38) ni en la existencia de **reingresos** [M:(n=29;37.2%) vs. F(26;36.2%)](p=0.18).

Discusión/conclusiones:

Las adolescentes tienen mayor edad, consultan más por sintomatología depresiva y conducta suicida; y presentan con mayor frecuencia tentativas de suicidio previas. Entre los adolescentes el motivo de consulta más frecuente es la alteración conductual. Al alta, los trastornos afectivos son los más diagnosticados entre la población femenina mientras que en la masculina predominan los trastornos generalizados del desarrollo seguidos de los afectivos, los psicóticos y los de conducta.

La prevalencia de los distintos trastornos mentales no difiere en general con las descritas en adultos. Sin embargo, se necesitan más estudios que ahonden en las diferencias inter género en esta etapa de la vida, marcada por los cambios biológicos y psicológicos

Referencias Bibliográficas:

1. Espin Jaime, JC. Belloso Ropero, JJ. Estudio descriptivo de los niños y adolescentes nuevos vistos en un servicio de salud mental en el periodo de un año. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2009.
2. Peláez Fernández, M; Martínez Arias, R; Rodríguez Sutil, C; Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. Psicothema, 2000.

P90

VALORACIÓN PSICOMÉTRICA DE SUICIDIO Y DEPRESIÓN EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DE ADOLESCENTES (UHPA) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA).

PRIMER AUTOR: Iciar Abad Acebedo, Residente de cuarto año en el Hospital Universitario Central de Asturias

OTROS AUTORES: Clara María Álvarez Vázquez, Carlota Moya Lacasa, Laura Rubio Rodriguez, Francesco dal Santo, Elisa Seijo Zazo, Jose María González González, Alicia Díaz de la Peña

RESUMEN:

Introducción:

En la UHPa del HUCA ingresan adolescentes (12-18) con patología psiquiátrica aguda procedentes de toda la Comunidad Autónoma. En mayo de 2018 se puso en marcha un protocolo de valoraciones psicométricas para ampliar la información clínica registrada. Una parte de dicho protocolo es la que se aplica en pacientes con clínica depresiva y/o comportamiento suicida. En este estudio se describen los resultados recogidos de dichos pacientes en los primeros 10 meses de implementación del protocolo.

Material y método:

Estudio descriptivo transversal. Se revisaron las historias clínicas de 79 pacientes que generaron 101 ingresos desde el 1 mayo de 2018 a 28 febrero de 2019. Se seleccionaron los pacientes a los que se había realizado la evaluación psicométrica de la clínica depresiva y/o ideación suicida, independientemente del diagnóstico inicial. Las escalas se usan en su versión validada en español utilizándose clínica depresiva la "CDI, Inventario de Depresión Infantil"¹ en < 15 años y la "BDI: Inventario de depresión de Beck"² en > 15 años y para la ideación suicida la "escala de intencionalidad suicida de Beck (SSI)". Se tuvieron en cuenta las puntuaciones globales para hacer las comparaciones entre las puntuaciones al ingreso y el alta.

Resultados:

La valoración de depresión y/o conducta suicida se realizó en el 44,4% de los ingresos. N= 44 [edad media(SD)=14,93(1,52); mujeres=26 (59,09%)]. En todos los casos se valoró la clínica depresiva (CDI = 47,73%, BDI = 52,27%) y en el 86,36% además se valoró la conducta suicida.

En el grupo de < 15 años [n=21, edad media(SD)=13,87 (1,08), mujeres=14(66%)] son igual de frecuentes el motivo de consulta de sintomatología depresiva y el de conducta suicida (38,1% en ambos casos), mientras que en el grupo de > 15 años [n=23, edad media(SD) = 16,43(0,51); mujeres=12(52,17%)] prevalece la conducta suicida (56,52%) siendo la segunda causa la sintomatología depresiva sin conducta suicida (17,39%).

Dentro de los pacientes en los que se valoró la ideación suicida (n=38) el SSI al ingreso fue de 15,95 puntos de media (SD=9,54, rango 0-32) y al alta fue de 1,84 puntos de media (SD=3,22, rango 0-11) siendo la puntuación de 0 en 30 de los 38 casos.

Dentro de los pacientes con síntomas de depresión, el grupo valorado con el CDI (< 15 años) presentó una media al ingreso de 22,89 puntos totales (SD=7,09) y al alta de 5,63 (SD=6,39); y dentro de los valorados por el BDI (<15 años) la media al ingreso fue de 22,54 (SD=13,32, rango 9-55) y al alta de 6,35 (SD=6,01, rango 0-19)

Discusión/conclusiones:

Un alto porcentaje de los pacientes ingresan por sintomatología depresiva y/o conducta suicida.

La valoración psicométrica elegida parece capaz de reflejar la importante mejoría objetivada durante el ingreso.

Futuros estudios podrían prestar atención a otras variables relacionadas (% reingresos, tratamiento, seguimiento al alta...)

Referencias Bibliográficas:

- 1 Kovacs M, del Barrio MV, Carrasco Ortiz MA, "CDI, Inventario de depresión infantil: manual". Madrid TEA 2004.
- 2 Beck A, Steer RA, Brown GK, Sanz J, Vazquez C "BDI: inventario de depresión de Beck", Perason Education 2011.

P91

APLICACIÓN DE LA GENÓMICA EN PSIQUIATRÍA INFANTIL: A PRO- PÓSITO DE UN CASO DE MICRODUPLICACIÓN 1Q21.1

PRIMER AUTOR: Teresa González Rodríguez, MIR Psiquiatría. Complejo Asistencial Universitario de Burgos.

OTROS AUTORES: Begoña Antúnez María, Rocío Gordo Seco, Ana M^a de Granda Beltrán, Rosario Hernando Segura, Xosé Ramón García Soto, Yolanda Álvarez Fernández

RESUMEN:

Introducción:

Numerosos estudios ponen de manifiesto la gran relevancia que tienen los reordenamientos cromosómicos crípticos en la etiología de los trastornos del neurodesarrollo. Las plataformas de microarrays permiten evaluar pequeñas pérdidas y ganancias de material genético con una elevada resolución. Este avance supone, no sólo un notable incremento diagnóstico desde un punto de vista cuantitativo sino también un aumento en la descripción de nuevos síndromes, como es el caso de la microduplicación 1q21.1. El objetivo de este trabajo es exponer la expresión fenotípica de una niña que presenta una microduplicación 1q21.1.

Material y método:

Descripción de un caso clínico de la consulta de psiquiatría infanto-juvenil y revisión de la literatura científica existente.

Resultados:

Niña sin antecedente relevantes que a los 4 años consulta con Neuropediatría por “retraso psicomotor con mayor afectación del lenguaje”. A los 6 años es derivada a la Unidad de Psiquiatría Infantil por “hiperactividad e inatención”. Durante la entrevista, el contacto ocular es escaso, se observan déficits importantes en la comunicación e interacción social. Sus interacciones con otras niñas son predominantemente físicas, no entiende las emociones de los demás, tampoco las reglas de los juegos, por lo que juega sola. Presenta un interés restringido por las farolas (siempre las dibuja, se conoce los tipos de luces, ...). Por otro lado, presenta hiperreactividad a ciertas texturas como la de la plastilina, hipersensibilidad a los ruidos cotidianos, así como hiposensibilidad a la temperatura. Desde el colegio señalan dificultades de atención e inquietud motriz, así como dificultades para el cumplimiento de normas y comportamiento rígido (necesidad de seguir siempre las mismas rutinas). Para complementar la evaluación, se administran varias escalas y cuestionarios a los padres y al colegio y se solicita una evaluación neuropsicológica y psicopedagógica. Se plantean como diagnósticos finales un Trastorno del Espectro del Autismo y un Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Discusión/conclusiones:

La microduplicación 1q21.1 es una anomalía poco frecuente. Las características clínicas más comunes en estos pacientes son el retraso del desarrollo, problemas de comportamiento, hiperactividad y rasgos del espectro autista, además de anomalías cardíacas y craneofaciales. También se han descrito personas sin clínica con la misma duplicación. Existe una penetrancia incompleta y expresividad variable inter e intrafamiliar. Esta variabilidad ha dado lugar a la hipótesis de factores ambientales que pueden modificar el fenotipo. Ante la detección de un caso, sería recomendable el estudio genético de las muestras parentales mediante CGHarray para determinar si esta duplicación es heredada o de novo.

Referencias Bibliográficas:

-Microduplicaciones 1q21.1. Understanding chromosome disorders. Unique.
<http://www.rarechromo.org/translations/Espanol/1q21.1%20Microduplicaciones%20Spanish%20FTNW.pdf> -1q21.1 Microduplication expression in adults. Dolcetti et al. Genet Med. 2013 April;15 (4): 282-289. Doi: 10.1038/gim.2012.129.

P92

ESTUDIO DE LA VALIDEZ DE LAS FORMAS ABREVIADAS DE LA ESCALA DE INTELIGENCIA DE WECHSLER EN NIÑOS Y ADULTOS JÓVENES CON TRASTORNOS AFECTIVOS Y CONTROLES

PRIMER AUTOR: Jennifer Fernández Fernández, FEA Psiquiatría

Hospital Universitario Central de Asturias

OTROS AUTORES: Jessica Merchán Naranjo, Elisa Rodríguez, Renzo Abregu, Celso Arango, Carmen Moreno

RESUMEN:

Introducción:

El uso de versiones abreviadas de la escala de Wechsler para estudiar el cociente intelectual (CI) en pacientes con trastornos afectivos es de especial utilidad por la reducción en el tiempo de administración, si bien contamos con escasos estudios de validez en la actualidad.

El presente estudio tiene como objetivo evaluar la validez de siete formas abreviadas de la escala Wechsler de inteligencia para adultos-IV (WAIS-IV) y escala Wechsler de Inteligencia para Niños-IV (WISC-IV) en niños y adultos jóvenes con trastorno bipolar (TB), trastorno depresivo mayor (TDM) y controles, frente a la versión completa, teniendo en cuenta los criterios de validez propuestos por Resnick & Entin¹ (1971); partiendo de la hipótesis de que las formas abreviadas no cumplirán los criterios de validez propuestos en ninguno de los grupos incluidos.

Material y método:

El estudio se realizó en el Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. El instrumento de evaluación utilizado en participantes de 16 años o menos fue el WISC-IV y el WAIS-IV en mayores de 16.

Las formas abreviadas (diadas) incluidas fueron: Cubos-Vocabulario; Matrices-Semejanzas; Vocabulario-Matrices; Vocabulario-Semejanzas; Información-Cubos; Matrices-Claves y Cubos-Claves. Para su elección se tuvo en cuenta las diadas recomendadas por Sattler², así como su disponibilidad en las escalas empleadas. Los criterios de validez propuestos, con el análisis estadístico empleado para cada uno fueron:

- Diferencia entre las medias del Cociente Intelectual Estimado (CIE) y del Cociente Intelectual Total (CIT): t test para muestras relacionadas.
- Correlación entre el CIE y el CIT: regresión lineal.
- Congruencia entre la clasificación del CI obtenida con la versión abreviada y la completa: prueba χ^2 . Se consideró $p < 0,05$ estadísticamente significativo. Se incluyeron 54 pacientes: 24 con TB (edad media $17,45 \pm 2,25$), 30 con TDM (edad media $15,26 \pm 2,02$) y 62 controles (edad media $17,62 \pm 3,70$).

Resultados:

Sólo la diada información-cubos en el grupo de trastorno bipolar cumplió con los tres criterios de validez propuestos por Resnick & Entin con $t_{(19)} = -0,17$; $p=0,870$ para el primer criterio; $t_{(19)}=10,57$; $R^2=0,85$ y $p<0,001$ para el segundo criterio y $\chi^2_{(20)}=6,40$; $p=0,269$ para el tercero.

Discusión/conclusiones:

Los resultados obtenidos indican que sólo la diada información-cubos permitiría hacer una correcta estimación del CIT de acuerdo a los criterios propuestos por Resnick y Entin¹ en población infantil y adultos jóvenes con trastorno bipolar. A pesar de esto, el uso de formas abreviadas ha de reservarse sólo en situaciones en las que la propia patología, el tiempo disponible o la falta de colaboración del paciente no hagan posible la administración de la escala completa. Por otro lado, como principal limitación se encuentra el tamaño muestral de cada grupo, y por otro lado el hecho de que las referencias utilizadas hacen mención a versiones anteriores de la escala de Wechsler.

Referencias Bibliográficas:

1. Resnick, R. J., & Entin, A. D. (1971). Is an abbreviated form of the WISC valid for Afro-American children? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 36(1), 97-99
2. Sattler, J. M. (2001). *Assessment of children: Cognitive applications* (4th Ed.) La Mesa, CA: Jerome M. Sattler Publisher

P93

TRASTORNOS MITOCONDRIALES: PERSPECTIVA DESDE LA PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

PRIMER AUTOR: Sussy Carolina Luperdi Castro, Facultativo Especialista en Psiquiatría
Unidad de Salud Mental Infantil de Alcoy, Alicante (España)

RESUMEN:

Introducción:

A partir del diagnóstico de un paciente de 8 años en la Unidad de Salud Mental Infantil de nuestro departamento, se revisan los trastornos mitocondriales: un grupo de trastornos metabólicos de presentación clínica variada, con posibilidad de disfunción multiorgánica. La literatura describe déficits característicos a nivel muscular, neurológico, endocrinológico, o cardíaco, así como multiplicidad de manifestaciones psicopatológicas asociadas, en muchos casos infradiagnosticadas.

Material y método:

Revisión sistemática de las bases de datos MedLine-Pubmed y PsychInfo, seleccionando artículos científicos acerca de los trastornos mitocondriales, enfatizando aspectos clínicos y psicopatológicos.

Se utilizaron los términos “mitochondrial disorders OR mitochondrial dysfunction OR genetic disorders OR mitochondrial diseases” AND “psychopatholog* OR psychiatr*”, en idioma inglés o español, durante el periodo 01 de enero de 1980 - 24 de marzo de 2019.

Resultados:

El proceso diagnóstico debe incluir una valoración clínica y complementaria completa, con revisión física exhaustiva, y recopilación de datos del paciente y familiares, priorizando la recopilación de datos relativos al neurodesarrollo, funcionamiento neurocognitivo, epilepsia, disfunción visual o auditiva, alteraciones metabólicas o cardiológicas, así como historia familiar de fallecimiento en edad pediátrica o abortos de repetición.

En general, los pacientes con psicopatología detectada, asocian mutación MELAS. Otros trastornos mitocondriales incluyen las mutaciones gamma-polimerasa, el síndrome de Kearns-Sayre, deleciones del ADN mitocondrial u otras mutaciones.

A nivel clínico, el síntoma más frecuente es el retraso global del desarrollo, afectando las esferas cognitivas, lenguaje y motricidad. Siendo que los Trastornos metabólicos son heterogéneos, no existe un perfil cognitivo específico. Las manifestaciones psicopatológicas asociadas más comunes son:

1. Trastornos afectivos mayores y menores (50% de los niños diagnosticados); 2. Deterioro progresivo en el funcionamiento cognitivo; 3. Síntomas psicóticos. En muchos casos se describe además clínica TEA-like.

Algunos psicofármacos pueden interactuar con la función mitocondrial: Los antipsicóticos pueden inhibir el complejo I de la cadena respiratoria, empeorar el estado metabólico del paciente, o reducir el umbral convulsivo; el Ácido Valproico puede inducir déficit de carnitina, psicofármacos con potente efecto anticolinérgico pueden empeorar la función cognitiva, los ISRS empeorar cefaleas o crisis migrañosas.

Discusión/conclusiones:

Los trastornos metabólicos son patologías graves, progresivas y habitualmente multisistémicas. El proceso diagnóstico es extenso y multidisciplinar, obligando al especialista en psiquiatría infantil a la realización de una completa historia clínica, al seguimiento longitudinal del paciente y a la cautela respecto a la terapia psicofarmacológica elegida.

Referencias Bibliográficas:

1. Anglin, R.E., Garside, S.L., Tarnopolsky, M.A., Mazurek, M.F., Rosebush, P.I., 2012. The psychiatric manifestations of mitochondrial disorders: a case and review of the literature. *J. Clin. Psychiatry* 73, 506–12. <https://doi.org/10.4088/JCP.11r07237>
2. Cao, J., Wu, H., Li, Z., 2018. Recent perspectives of pediatric mitochondrial diseases. *Exp. Ther. Med.* 16, 459. <https://doi.org/10.3892/etm.2018.6179>

P94

BIOMARCADORES DE ESTRÉS Y SÍNTOMAS COGNITIVOS DEL TDAH INFANTOJUVENIL

PRIMER AUTOR: Maria Barba Balleca, Psicóloga Clínica

Corporació Sanitària Parc Taulí (CSPT)

OTROS AUTORES: Marta Llorens Capdevila, Jordi Torralbas Ortega, Maria Betriu Sabate, Susana Pujol Serra, Lara Urraca Camps, Lidia Torrent Sola, Angel Lorenzo Capilla, Montserrat Pamias Massana Javier Labad Arias

RESUMEN:

Introducción:

La influencia del cortisol y la prolactina sobre los procesos cognitivos se ha descrito en población clínica con distintos trastornos mentales⁽¹⁾. En el caso Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), esta alteración de las funciones cognitivas, constituye un síntoma nuclear del trastorno. Estudios recientes han relacionado distintos patrones de cortisol con distintas presentaciones del TDAH y sus comorbilidades⁽²⁾. Sin embargo, hasta la fecha no se ha estudiado de forma directa la correlación entre las hormonas del estrés (cortisol y prolactina) y las funciones cognitivas en el TDAH.

Material y método:

Una muestra de 51 jóvenes diagnosticados de TDAH, en seguimiento en el CSMIJ del CSPT. Treinta-y-cinco de los sujetos eran varones, reflejo de la mayor prevalencia masculina en la población clínica con este diagnóstico. Y el rango de edad estaba comprendido entre los 14 y los 17 años.

La determinación de cortisol y prolactina se realizó a partir de una extracción sanguínea en ayunas. Las variables cognitivas se evaluaron mediante una batería neuropsicológica completa de 8 subtests, utilizando el sistema de evaluación digital de Cambridge Cognition (CANTAB). Se evaluaron varias funciones cognitivas: atención inmediata y sostenida, memoria de trabajo, memoria verbal y curva de aprendizaje, velocidad de procesamiento y de respuesta, organización y planificación e inhibición de respuesta.

Se realizó un análisis estratificado por sexo, y se exploraron las variables continuas mediante correlación de Pearson. La significación se determinó en un valor $p < 0.005$. Los análisis estadísticos se realizaron con SPSS v.21.0.

Resultados:

Un 86,3% de los pacientes se encontraba en tratamiento psicofarmacológico para el TDAH en el momento del estudio (estimulantes o fármacos alfa-adrenérgicos). No se encontró correlación significativa entre los niveles de cortisol ni de prolactina con el tratamiento farmacológico.

Se encontró una correlación significativa entre niveles de prolactina y latencia de respuesta al estímulo ($r = -0.39$, $P = 0.025$) en una tarea de función ejecutiva (Multitasking test) en varones. Esta correlación también resultó significativa en mujeres (-0.59 , $p = 0.0026$), pero en una tarea de funciones ejecutivas diferente (Stop Signal Task). En mujeres, también resultó significativa la correlación entre prolactina y un empeoramiento en las estrategias de planificación en una tarea de memoria de trabajo (Spatial Working Memory) ($r = 0.63$, $p = 0.016$).

Los niveles de cortisol no se relacionaron con un peor rendimiento cognitivo.

Discusión/conclusiones:

Los niveles de prolactina se han relacionado con funciones cognitivas y ejecutivas en pacientes adolescentes con TDAH. Niveles mayores de prolactina correlacionan con un mejor rendimiento en varias tareas cognitivas (MTT, SST) pero también con un peor rendimiento en tareas que implican planificación (SWM). El cortisol no se relacionó con alteraciones en las funciones cognitivas ni en varones ni en mujeres. Estos hallazgos podrían sugerir que la asociación entre prolactina y la función cognitiva podría estar mediada por el sexo. Análisis futuros determinarán, hasta qué punto los niveles de prolactina son responsables de este patrón cognitivo tan característico y nuclear del TDAH infantojuvenil.

Referencias Bibliográficas:

- (1) Wingenfeld, K., & Wolf, O. T. (2015). Effects of cortisol on cognition in major depressive disorder, posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder - 2014 Curt Richter Award Winner. *Psychoneuroendocrinology*, 51, 282–295.
- (2) Corominas, M., Ramos-Quiroga, J. A., Ferrer, M., Sáez-Francàs, N., Palomar, G., Bosch, R., & Casas, M. (2012). Cortisol responses in children and adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A possible marker of inhibition deficits. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 4(2), 63–75.

P95

“DESARROLLO Y EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BASADO EN MINDFULNESS EN ADOLESCENTES CON SINTOMATOLOGÍA ANSIOSO-DEPRESIVA ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL.”
(PREMIO AEPNYA 2018)

PRIMER AUTOR: Patricia Cordero Andrés, Psicóloga Clínica. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

OTROS AUTORES: Emma Noval Aldaco, Beatriz Payá González, Marian González García, Javier González López, Aida Hernández Abellán

RESUMEN:

Introducción:

La adolescencia es una etapa de crucial importancia, un período de desarrollo y cambio donde aparecen nuevos estresores. Los estudios epidemiológicos indican que muchos trastornos mentales tienen su debut en esta etapa evolutiva (Perry-Parrish et al., 2016). Si bien los datos varían en función de los estudios, se estima que la prevalencia global de trastornos mentales en esta etapa se sitúa entre un 15 y un 20%, siendo ansiedad y depresión las patologías más frecuentes. A pesar de ello, la mayoría de adolescentes con ansiedad y/o depresión no recibe el tratamiento adecuado (Siegel y Dickstein, 2012; Lewandowski et al., 2013). El objetivo de este proyecto es desarrollar un protocolo manualizado de intervención en mindfulness adaptado a las necesidades y características de población clínica adolescente con sintomatología ansioso-depresiva atendida de forma ambulatoria en una Unidad de Salud Mental del sistema sanitario público.

Material y método:

Se incluyen pacientes nuevos que acuden a la consulta ambulatoria de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla con edad comprendida entre 14 y 18 años, diagnóstico clínico principal de Trastorno del estado de ánimo o Trastorno de ansiedad y que aceptan participar voluntariamente en la intervención. Los pacientes son aleatorizados a razón 1:1 al grupo experimental (intervención mindfulness, n=10) o al grupo control (relajación muscular progresiva, n=10). La intervención se repetirá hasta obtener una muestra total de 60 sujetos. En el grupo experimental se realiza una intervención basada en mindfulness diseñada ad-hoc para este estudio que incluye contenidos como conciencia plena, estrés, pensamientos, emociones y autocuidado. En el grupo control se realiza un entrenamiento en Relajación muscular progresiva. Ambas intervenciones tienen formato grupal con 8 sesiones con periodicidad semanal.

Se recoge información sobre variables demográficas (fecha de nacimiento y nivel educativo) y psicosociales (depresión, ansiedad, autoestima, regulación emocional, nivel de mindfulness, nivel de autocompasión, clima familiar y estado emocional y conductual referido por los padres), en los siguientes momentos temporales: visita basal (pre-programa), visita post-programa y a los seis meses tras la finalización de la intervención.

Referencias Bibliográficas:

- (1) Perry-Parrish, C., Copeland-Linder, N., Webb, L., Shields, A.H. y Sibinga, E.M. (2016). Improving self-regulation in adolescents: current evidence for the role of mindfulness-based cognitive therapy. *Adolesc Health Med Ther.*, Sep 13;7:101-108.
- (2) Siegel, R.S. y Dickstein, D.P. (2012). Anxiety in adolescents: Update on its diagnosis and treatment for primary care providers. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 3:1-16.

P96

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA; A PROPÓSITO DE UN CASO, “LITERALMENTE”

PRIMER AUTOR: Maria Barba Balleca, Psicóloga Clínica

Corporació Sanitària Parc Taulí (CSPT)

OTROS AUTORES: Marta Llorens Capdevila, Jordi Torralbas Ortega, Maria Betriu Sabate, Susana Pujol Serra, Lara Urraca Camps, Lidia Torrent Sola, Angel Lorenzo Capilla, Montserrat Pamias Massana Javier Labad Arias

RESUMEN:

Cuadro Clínico:

Paciente, varón de 15 años que ingresa en Unidad de Hospitalización breve por alteraciones de conducta en relación a su patología de base (Trastorno del Espectro Autista). Se trata de un paciente diagnosticado de TEA hace dos años. Padre diagnosticado de Esquizofrenia falleció por suicidio cuando el paciente cumplió 12 meses. Mantiene un cociente intelectual alto y un lenguaje bien articulado. Su madre que lo acompaña refiere que en los últimos días han aumentado en él la ansiedad, parece más irritable y verbaliza la intención de no volver a ir al colegio “porque le molesta la calefacción” “el ruido” y “el polvo”. Cuenta que para ir a clase tiene que bajarse en todas las paradas del autobús de camino “porque no aguanta el calor” refiere “poder oír la conversación de los otros niños en clase, el agua caer del grifo, las hojas de los árboles moverse” y refiere no soportar el polvo “porque me da alergia”. Todo esto le ha hecho dejar de acudir al colegio, comer solo una vez al día para no salir de la habitación así como restringir la ingesta de agua para no tener que ir al baño.

Su madre cuenta que mantiene orden de su ropa y sus cosas y nadie puede tocarlas, horarios estrictos de la comida, una peculiar forma de hacer dieta equilibrada “un mes proteínas, otro ensaladas, otro carne”... Juega con videojuegos, escribe cuentos y poesía estilo barroco. No tiene amigos ni los echa de menos.

Exploración y pruebas complementarias:

Exploración pediátrica es normal, analítica y tóxicos en orina sin alteraciones. Exploración neurológica normal. Irritable, en actitud defensiva. Ansiedad ideica y somática en forma de llantos y gritos explosivos. Tiene buen desarrollo del lenguaje, tono monocorde, inflexible en sus comentarios. Presencia de hipersensibilidades a nivel táctil, auditivo, gustativo y creencias sobrevaloradas sobre estos aspectos. Desconfianza y suspicacia. Niega alteraciones sensorceptivas. Biorritmos alterados. Verbalizaciones de tipo autolítico en momentos de mayor angustia. Nula conciencia de enfermedad y de necesitar ayuda.

Diagnóstico complementario:

Se plantea diagnóstico diferencial entre exacerbación de la hipersensibilidad propia a su condición de base de autismo o un posible inicio de psicosis como comorbilidad frecuentemente asociada a este trastorno dados los antecedentes del paciente.

Discusión/conclusiones:

La relación entre enfermedades del espectro de la esquizofrenia y el trastorno del espectro autista (TEA) es compleja. Hay estudios que demuestran una alta frecuencia de comorbilidad entre los dos trastornos. Sin embargo según estudios realizados recientemente éstos síntomas difieren considerablemente en edad e inicio del cuadro, ya que en caso del TEA la edad de inicio es la primera infancia y los primeros síntomas de esquizofrenia aparecen en la adolescencia o inicio de la edad adulta. Pacientes con diagnóstico de TEA presentan una alta comorbilidad con Trastornos del espectro de la esquizofrenia y Trastorno bipolar habiéndose demostrado la existencia de una mayor incidencia de trastornos psicóticos con respecto a la población general (hasta un 28% de incidencia).

Referencias Bibliográficas:

- Practitioner toolkit support and interventions for adults with ASD (UK 2016) Last modification: 17/10/2016.
- Psychosis in autism: comparison of the features of both conditions in a dually affected cohort { Felicity V. Larson. The British Journal of Psychiatry (2017)

P97

ARTE Y PSIQUIATRÍA; EXPRESIÓN ARTÍSTICA DE LA ENFERMEDAD A PROPÓSITO DE UN CASO.

PRIMER AUTOR: Maria Barba Balleca, Psicóloga Clínica

Corporació Sanitària Parc Taulí (CSPT)

OTROS AUTORES: Marta Llorens Capdevila, Jordi Torralbas Ortega, Maria Betriu Sabate, Susana Pujol Serra, Lara Urraca Camps, Lidia Torrent Sola, Angel Lorenzo Capilla, Montserrat Pamias Massana Javier Labad Arias

RESUMEN:

Introducción:

Se presenta el caso de una paciente de 16 años que ingresa con ideación autolítica estructurada que requirió ingreso en unidad de Hospitalización Breve de psiquiatría infanto-juvenil. Se trata de una paciente que presenta sintomatología depresiva de larga data con reciente empeoramiento, en los últimos meses había presentado empeoramiento del estado anímico con apatía y anhedonia y dificultad para la concentración así como sintomatología ansiosa habiendo protagonizado episodios de autolesiones con finalidad ansiolítica con ideas suicidas estructuradas que motivaron el ingreso. La paciente había visto en los últimos meses empeoramiento de su rendimiento académico con dificultad para seguir el ritmo de clases así como sus actividades extraescolares de pintura a las que estaba acudiendo. Durante este periodo la paciente se encontraba muy retraída socialmente y dedicaba gran parte de su tiempo a pintar cuadros que representaban su estado de ánimo que aportó durante el ingreso.

Exploración psicopatológica y exploraciones complementarias:

Durante el ingreso se realizó una interconsulta a pediatría del adolescente y a cardiología cuyas respectivas exploraciones fueron normales, tanto analítica como exploración como ECG.

A la exploración psicopatológica la paciente se encontraba consciente y orientada auto y alopsíquicamente, abordable y colaboradora. Discurso marco en palabras monótono y monocorde. Mantenía un adecuado aspecto con una actitud muy retraída e inhibida. A nivel psicomotriz no se apreciaban alteraciones reseñables. Predominaba un estado de ánimo depresivo con apatía y anhedonia, abulia y astenia. Refiere claro polo matutino con tendencia a la clinofilia. Ansiedad ideica referida y somática en forma de crisis de pánico con claro corteo vegetativo con conductas autolesivas en forma de cortes con finalidad ansiolítica. No hay sintomatología en la esfera psicótica, no ideas deliriosas, no alteraciones sensorio-perceptivas. Ideas de muerte estructuradas. Insomnio e hiporexia. Juicio de realidad conservado.

Diagnóstico diferencial:

Se realiza diagnóstico diferencial descartando las posibles alteraciones orgánicas que puedan causar esta sintomatología Déficit de B12 , ácido fólico, perfil tiroideo siendo todo normal. No existiendo otras posibles causas que justificasen el cuadro de la paciente por lo que se diagnosticó de Trastorno Depresivo mayor.

Discusión/Conclusiones:

El arte de los enfermos mentales es un tema que goza de gran popularidad en nuestros días. Prueba de ello son, por un lado, los altos precios que alcanzan las obras de los llamados artistas "marginales" o "Art Brut" en el mercado y, por otro, la gran afluencia de público que acude a las numerosas exposiciones de modestas dimensiones, celebradas últimamente en diversas instituciones. Con frecuencia los pacientes con enfermedades mentales se ven muy cohibidos y limitados en su lenguaje verbal por lo que en ocasiones tenemos que acercarnos a ellos a través de otro tipo de lenguaje. Lo que son capaces de expresar con el arte a menudo nos deja boquiabiertos.

Referencias Bibliográficas:

- Vallejo Ruiloba, J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Masson, 2015.
- Helena Pereña. Arte y locura. Una reflexión histórica sobre el mito de la autenticidad en el arte de los enfermos mentales.

P98

MINDFULNESS MEDIANTE REALIDAD VIRTUAL EN NIÑOS RECIENTEMENTE DIAGNOSTICADO DE TDAH VERSUS PROGRAMA DE MINDFULNESS ESTÁNDAR (ESTUDIO ALEATORIZADO).

PRIMER AUTOR: Anna Huguet Miguel, Psicólogo Hospital Sant Joan de Déu

OTROS AUTORES: Jose Angel Alda Díez, Marta Chamorro Fernández, Joan Miquel Gelabert, Inmaculada Insa Pineda

RESUMEN:

Introducción:

Algunos estudios sugieren la utilidad del mindfulness como estrategia de intervención para los niños diagnosticados de TDAH. Se sugiere en la literatura científica la viabilidad y aceptabilidad de la realidad virtual como herramienta de facilitación y generalización en la práctica de mindfulness.

Los objetivos principales del presente estudio son investigar la influencia de un programa estructurado de intervención grupal de mindfulness en una muestra de niños diagnosticados recientemente de TDAH y sin tratamiento previo y evaluar la utilidad de la realidad virtual en la práctica de mindfulness en comparación con un grupo control.

Se incluyeron 90 niños entre 7 y 12 años con TDAH, asignados al azar en tres grupos: un grupo mindfulness (M), un grupo mindfulness mediante realidad virtual (MVR) y un grupo de control (C). El grupo M recibió un programa de intervención de 8 semanas basado en mindfulness; el grupo MVR recibió una intervención de mindfulness de 8 semanas utilizando realidad virtual (herramienta PSIOUS); el grupo C recibió el tratamiento habitual para este trastorno: pautas escolares, intervención psicoeducativa, pautas de manejo de comportamiento. Se excluyó el tratamiento farmacológico. K-SADS-PL se administró para evaluar el diagnóstico. Se utilizó ADHD RS IV (versión padres y profesores) para medir la gravedad de los síntomas inatención, hiperactividad e impulsividad. La desregulación emocional fue medida a partir del perfil de desregulación emocional del CBCL propuesta por Biederman et al. (2012). Se aplicó una batería de función ejecutiva (ENFEN) y el CPT3. Los datos fueron analizados mediante las pruebas t de Student, ANOVA y el análisis multivariante de la varianza. (Premio AEPNYA de Investigación 2017).

Se observó un efecto estadísticamente significativo del tratamiento en los síntomas de atención e hiperactividad e impulsividad en el grupo M referidos tanto por padres (atención: $p < 0.01$; hiperactividad-impulsividad: $p < 0,01$) como profesores (atención: $p < 0.01$; hiperactividad-impulsividad: $p < 0,01$). En el grupo MRV se observaron cambios significativos en los síntomas nucleares del TDAH referidos por los padres (atención: $p < 0.01$; hiperactividad-impulsividad: $p < 0,01$) y en hiperactividad-impulsividad ($p < 0.01$) en los cuestionarios de profesores. No se observaron cambios significativos entre ambos grupos (M y MRV) ($p = 0.67$). No se observaron cambios en el grupo control ($p = 0,24$). Sólo se observó una reducción en la desregulación emocional en el grupo M, referida tanto por padres como por profesores (ambos $p < 0.01$). Se observaron cambios significativos en la memoria de trabajo, velocidad de procesamiento, planificación en ambos grupos de mindfulness ($p < 0.01$). Sólo se observaron diferencias significativas después del tratamiento en la capacidad inhibitoria en la RVM ($p < 0,01$). No se observaron cambios en ninguna medida del CPT3.

Discusión/conclusiones:

Los resultados sugieren efectos clínicos beneficiosos del mindfulness para abordar los síntomas del TDAH, la desregulación emocional y los déficits ejecutivos e indican el uso de la realidad virtual como una herramienta alternativa interesante al tratamiento clásico.

Deseamos agradecer a PSIOUS y Vodafone su ayuda para la realización de este estudio.

P99 EL CSMIJ VA A LA ESCUELA**PRIMER AUTOR:** Eloísa Fernández Fernández, Trabajadora Social

Consorti Corporació Sanitària Parc Taulí

OTROS AUTORES: Lúdia Torrent Solà, Carmen Manso Bazús, Joaquim Puntí Vidal, Susanna Pallarola Hernández, Anna Masip Figueras, Cristina Carrillo Ribas, M^a Rosa Calmet Sangenis, Aisha El Mhassasni, Montserrat Pàmias Massana**RESUMEN:****Introducción:**

El Proyecto "El CSMIJ va a la Escuela" es un proyecto de intervención de Salud Mental Comunitaria en el ámbito escolar fruto de la coordinación entre el CSMIJ del Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí (CCSPT), el Equipo de Asesoramiento Psicopedagógico de Sabadell-Sant Quirze del Departamento de Educación de la Generalitat de Catalunya, Servicios Sociales de Atención Primaria y la Fundación Secretariado Gitano.

Dicho proyecto surge a raíz de la detección en la Escuela Alcalde Marcet de diversos alumnos con necesidades específicas de soporte, que no realizaban seguimiento en CSMIJ. Dichos menores, pertenecientes a familias en situación social de extrema vulnerabilidad, mantenían seguimiento con Servicios Sociales de Atención Primaria. Ambas entidades, Escuela y Servicios Sociales, plantearon en espacios de coordinación con el CSMIJ la necesidad de vinculación de los menores al servicio de salud mental infanto-juvenil. Para facilitar esta vinculación se decidió realizar una intervención de Salud Mental Comunitaria en la propia escuela, trabajando tanto la prevención primaria como la intervención directa. A tal efecto, un equipo multidisciplinar (psiquiatra, trabajadora social y enfermera especialista en salud mental) se traslada periódicamente al colegio. Paralelamente, se realiza prevención primaria mediante un grupo psicoeducativo de progenitores dinamizado por un psicólogo del CSMIJ para trabajar habilidades parentales positivas de manejo de conducta de sus hijos.

En esta comunicación presentamos el proceso metodológico y las conclusiones de la primera fase de implantación.

Objetivos:

Vinculación al servicio de salud mental infanto-juvenil.

Diagnóstico y tratamiento.

Revinculación al circuito ordinario.

Prevención primaria a través de grupo de habilidades parentales.

Método:

El proyecto se inicia con la derivación de cinco niños (dos de ellos hermanos) y sus cuatro familias al equipo de CSMIJ para seguimiento individualizado, realizando entrevistas trimestrales en la escuela.

Se realizan cuatro sesiones de grupo de habilidades parentales con siete familias diferentes.

Periódicamente se organizan reuniones interdisciplinarias de coordinación para evaluar la eficacia de la intervención.

Resultados:

- Se ha logrado la vinculación al circuito ordinario de la primera familia, dos hermanos acuden a visitas programadas a CSMIJ y el tercer hermano acude a visitas en CDIAP.

- Se ha conseguido la vinculación de otras dos familias a las visitas en el colegio y que sigan las indicaciones terapéuticas, a nivel conductual y farmacológico.

- En relación al grupo de progenitores, tanto el colegio como las familias lo valoran positivamente, pidiendo una segunda edición de éste.

Conclusiones:

La intervención en Salud Mental Comunitaria en el medio natural favorece la vinculación de familias en situación de extrema vulnerabilidad social.

La coordinación entre los diferentes profesionales facilita la vinculación tanto a nivel comunitario como la posterior vinculación al circuito ordinario.

Actualmente hay escasa investigación en la comunidad científica sobre proyectos de intervención similares y se valora como adecuado realizar investigación adicional con fines educativos y clínicos.

P100 ADOLESCENCIA: UN LENGUAJE COMÚN PARA PROFESIONALES

PRIMER AUTOR: María Luisa Lopez Martinez, Psicóloga Especialista en Psicología Clínica Grupo Albor-Cohs

OTROS AUTORES: Angela Magaz Lago

RESUMEN:

En esta comunicación nos proponemos mostrar una conceptualización operativa de la adolescencia que nos permita distanciarnos de mitos y creencias extendidas tanto entre los profesionales de la salud y la educación, como entre las familias. El objetivo final de esta propuesta no es ni más ni menos que ofrecer a los profesionales de la salud un modelo común que les permita recoger y ordenar los datos relevantes de cada joven referidos, tanto a sus características personales, como historia de aprendizaje y circunstancias en un momento vital. A su vez, que este proceso se pueda realizar de la manera más ágil y en el menor tiempo posible para identificar los factores de mantenimiento de las dificultades, de modo que se pueda diseñar de manera rápida y efectiva el plan de intervención que se ajuste a sus necesidades.

Esta conceptualización operativa además tiene propósitos fundamentalmente prácticos, por un lado facilitar la prevención de problemas de desarrollo en el rango de edad comprendido entre los 12 a los 18 años, de otro identificar, cuando ya están en situación de trastorno, los factores de mantenimiento que pueden ser modificados, además de aunar criterios entre profesionales que nos permitan mantener un lenguaje común que favorezca el diseño de estudios de investigación replicables, y con ello trabajar con los recursos de última generación para ayudar a jóvenes adolescentes y sus familias.

Se presenta la evolución histórica de la denominada etapa adolescente y una propuesta actual de conceptualización operativa con las aplicaciones prácticas en la evaluación de las dificultades que pueden presentar las personas en su "etapa adolescente"

P101 PERFIL DEL USO CLÍNICO DE GUNFACINA TRAS SU PRIMER AÑO DE COMERCIALIZACIÓN EN EL ÁREA NOROESTE DE LA COMUNIDAD DE MADRID

PRIMER AUTOR: Pablo del Sol Calderón, MIR Psiquiatría
Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda

OTROS AUTORES: Ángela Izquierdo de la Puente, Laura Javaloyes Garachana, Gustavo Adolfo Centeno, Belén Ruíz-Antorán, Inmaculada Palanca Manresa

RESUMEN:

Guanfacina, es un agonista selectivo de los receptores adrenérgicos alfa_{2A}, que ha sido autorizada para el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes de 6 a 17 años cuando los estimulantes no son adecuados, no se toleran o han mostrado ser ineficaces.

162

El objetivo de este estudio es describir el perfil de utilización de guanfacina durante 2017 en la población pediátrica en atención especializada y plantear si su introducción en el arsenal terapéutico ha supuesto un cambio en el manejo de pacientes con TDAH. Describir las características demográficas y clínicas relacionadas con la prescripción de guanfacina en pacientes con TDAH.

Se trata de un estudio observacional, retrospectivo de utilización de medicamentos. Se incluyeron todos los pacientes con historia clínica electrónica vistos en las consultas de psiquiatría del Área-Noroeste de Madrid entre 2016 y 2017. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, diagnóstico, tratamiento con psicofármacos (principio activo. Código ATC) y comorbilidad asociada. Los datos se analizaron usando estadísticas descriptivas para las variables continuas, y frecuencias y porcentajes para las variables categóricas. Se establecieron dos subgrupos diferenciados: TDAH con comorbilidades y TDAH sin comorbilidades (se excluyeron los pacientes con diagnósticos de T. Tourette, Epilepsia, Esquizofrenia, Alcohol, TUS, TOC, Autismo). Este estudio se ha realizado según las recomendaciones éticas internacionales (Declaración de Helsinki y Convenio de Oviedo) y ha obtenido el dictamen favorable del CEIm del HU Puerta de Hierro Majadahonda.

Durante 2017 se atendieron un total de 1306 pacientes en las consultas de Psiquiatría infanto-juvenil. De ellos, 79 (6%) recibieron tratamiento con guanfacina, la mayoría de pacientes (n=77 (97.5%)) que recibieron tratamiento con guanfacina, estaban diagnosticado de TDAH.

Del total de pacientes vistos en la consulta, 785 pacientes eran TDAH (60.1%). 303 presentaban comorbilidades asociadas (36.8%).

El 10% de los pacientes TDHA recibieron tratamiento con guanfacina. La edad media de los pacientes con guanfacina fue 12.8 (s= 2.9) años vs 13.5 (s=3.2) en pacientes con TDAH sin guanfacina (p=ns)

El porcentaje de pacientes que recibió guanfacina fue significativamente más alto en el subgrupo de TDHA con comorbilidad (15%vs 6.6% ; p<0.001).

En relación a las características clínico-demográficas, el porcentaje de pacientes con TDAH que recibía guanfacina fue significativamente más alto en aquellos que recibían antipsicótico y/o hipnótico (28.6% vs 7.3%; p<0.001) (21.4% vs 9.4%; p<0.003) respectivamente. No se encontraron diferencias significativas entre pacientes TDAH ajustado por sexo, uso de antidepresivos, uso de estimulantes y uso de terapias no farmacológicas.

Los pacientes TDAH con comorbilidad (peor manejo y mayor polifarmacia) se asocian con un mayor uso de guanfacina. En este subgrupo de pacientes, la guanfacina se instala como un tratamiento añadido a los otros fármacos que los pacientes reciben.

P102 ADOPCIÓN: ANALIZANDO LA DEMANDA EN LA USMIJ

PRIMER AUTOR: M^a Angeles Núñez Lloveres, FEA Psiquiatría USMIJ Hospital Universitario de Guadalajara

OTROS AUTORES: Alicia Pérez Rodríguez, Fátima Vilchez Trigueros, Noelia de Miguel Lamparero

RESUMEN:

Desde la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Universitario de Guadalajara, se plantea analizar la demanda de pacientes adoptados para valorar las necesidades específicas de esta población.

En este estudio, se analizan distintas variables socio-demográficas y clínicas de los pacientes derivados durante dos años a dos consultas de Salud Mental (Psicología Clínica y Psiquiatría).

Hipótesis:

- Se espera encontrar un elevado porcentaje de sujetos con alteraciones de conducta.
- Se prevé hallar asociación entre sexo masculino y problemas externalizantes, y sexo femenino y problemas internalizantes, al igual que ocurre en la población clínica general.

Los análisis estadísticos fueron realizados a través del programa estadístico SPSS20.00. En este estudio se utilizaron estadísticos descriptivos de tendencia central, como frecuencias y porcentajes.

La presente investigación incluye un estudio observacional descriptivo sobre variables socio-demográficas y clínicas recogidas de la historia clínica de los pacientes. De este modo, la muestra experimental estará formada por pacientes pertenecientes a población clínica, todos ellos adoptados. La investigación se sitúa a un nivel metodológico clínico que engloba fines descriptivos, de cuadros clínicos y relaciones entre variables. No se seleccionan los pacientes al azar, por emplear un grupo de participantes clínicos, ya que pertenecen a condición diferencial: ser adoptados.

Se utilizó el método transversal, a través del cual se examinaron las relaciones que se producen entre distintas variables dentro de un mismo grupo de pacientes valoradas en un solo momento. Así pues, este estudio no permite verificar hipótesis causales, sino mejorar la comprensión sobre las variables relativas a esta condición y contribuir a una mejor comprensión de sus necesidades clínicas.

El presente estudio ayuda a reflexionar sobre la demanda y necesidades de los pacientes menores adoptados que llegan a las consultas de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Se ha encontrado un mayor número de consultas en relación a trastornos de conducta, seguidos de trastornos emocionales-vinculares. Por otro lado, en la línea de lo que propone la literatura al respecto en relación al tipo de trastorno (Monzó 2013, Howell y Marre 2006, Barni, León, Rosnati y Palacios 2008, Barcons-Castel, Fornieles-Deu, Costas-Moragas 2011, Habersat, Pierrehumbet 2011) los resultados revelan mayor frecuencia de trastornos externalizantes en niños y de trastornos internalizantes en niñas.

La muestra está formada por 20 pacientes (12 chicos y 8 chicas) con edades comprendidas entre los 8 y los 26 años (Media = 15,2; DT = 5,307), analizando edad de adopción, país de origen, constitución de la familia adoptante, hermanos y rendimiento académico. 80% acuden por alteraciones conductuales y 20% por alteraciones emocionales, analizando posteriormente diagnósticos, diferencias entre sexos y derivación a dispositivos.

Estos hallazgos nos permiten reflexionar sobre cómo las dificultades vinculares se reflejan a través de los problemas de conducta, y en el distinto modo de expresar el malestar entre sexos, así como en la mayor visibilidad de los problemas de conducta a la hora de generar demanda asistencial.

P103

MEJORÍA DE LA CALIDAD DE VIDA DE NIÑOS ASMÁTICOS MAL CONTROLADOS, TRAS UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN MINDFULNESS

PRIMER AUTOR: Sara Bellón Alonso, FEA Pediatría. Unidad de Neumología Infantil. Hospital Universitario Gregorio Marañón

OTROS AUTORES: Marta Gómez García, María Victoria Redondo Vega, Lorena Santos Mendoza, Santiago Rueda Esteban, Alfonso José Moreno Gómez, Teresa Bracamonte Bermejo, Luis Echeverría Zudaire, Sergio Quevedo Teruel, María Luz García-García.

RESUMEN:

Introducción:

La terapia basada en la Atención Plena o Mindfulness se incluye dentro de las Terapias de Tercera Generación. Su objetivo es alcanzar un profundo estado de conciencia, dirigiendo la atención al momento presente, con compasión, amabilidad e interés. Se han descrito resultados sobre sus efectos en salud mental y física, fundamentalmente en adultos, siendo menos frecuentes los estudios en niños.

Objetivo:

Evaluar el efecto de un programa de entrenamiento en Mindfulness en la calidad de vida relacionada con el asma en niños de 6-12 años asmáticos no bien controlados.

Material y Método:

Estudio multicéntrico, cuasiexperimental, con medición de las variables respuesta antes y a los 6 meses del inicio de un programa de entrenamiento en Mindfulness de 16 semanas de duración, con grupo control no equivalente, en pacientes de 6-12 años con asma no controlada (Puntuación del Cuestionario de Control del Asma en Niños > 8).

La variable principal de resultado fue la diferencia de puntuación del cuestionario de calidad de vida relacionada con el asma, validado en niños, PAQLQ, al inicio y a los 6 meses. El tamaño muestral necesario para detectar diferencia $\geq 0,5$, con riesgo alfa: 0,05, riesgo beta: 0,20, fue 20 sujetos/grupo. También se utilizaron los cuestionarios PACQLQ, PANASN y Kidscreen10. Se midió función pulmonar y fracción exhalada de óxido nítrico (FeNO) al inicio y a los 6 meses.

Se asignaron 16 pacientes de uno de los hospitales a un programa de Mindfulness de 4 meses de duración. Dieciséis pacientes del segundo hospital se asignaron al grupo control. En todos los casos el tratamiento farmacológico del asma se modificó, según las necesidades de los pacientes, siguiendo las directrices de la Guía Española para el Manejo del Asma.

Resultados:

Las características basales de los pacientes fueron similares en ambos grupos al inicio del estudio. El grupo que recibió entrenamiento en Mindfulness mostró mejoría clínicamente significativa a los 6 meses en la calidad de vida del paciente (PAQLQ global: +1,4; IC95%: 2,6-0,2; $p=0,03$), en la calidad de vida del cuidador (PACQLQ global: +1,0; IC 95% 1,6-0,3; $p=0,01$) y en la sensación subjetiva de bienestar (Kidscreen10: +21,4; IC95% 40,5-2,2; $p=0,03$). No se observaron cambios en los valores de la función pulmonar ni en la concentración de FeNO. En el grupo control se observó empeoramiento significativo de la calidad de vida del cuidador en el dominio Emocional (PACQLQ dominio emociones: -1,2; IC95% -0,5-1,9; $p=0,002$).

Conclusiones:

El entrenamiento en Mindfulness se asocia con mejoría significativa de la calidad de vida del paciente y de su cuidador, así como de la sensación subjetiva de bienestar en niños con asma no controlada.

P104

CRISIS CONVULSIVAS NO EPILÉPTICAS: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE INFANTO-JUVENIL.

PRIMER AUTOR: Ana Isabel Calvo Sarnago, FEA Psiquiatría Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa ZARAGOZA

OTROS AUTORES: Ana Goñi Navarro, David Vaquero Puyuelo, Judit Alvarez Borillo, Pedro Ruiz Lázaro

RESUMEN:

El objetivo de este estudio es exponer un caso clínico de una paciente, de 17 años ingresada en nuestra Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infanto-Juvenil, tras presentar una clínica de “caídas continuas” diarias de segundos de duración que limitaban gravemente su vida diaria, suponiendo un reto para la asistencia médica por la elevada complejidad y comorbilidad dentro de la interfase entre la Neurología y la Psiquiatría, requiriendo el despliegue de la Psiquiatría Psicósomática y de Enlace. La paciente ingresó en la Unidad derivada desde la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria de nuestro hospital, donde había iniciado seguimiento en 2015 por bajo ánimo, restricción alimentaria y conductas autolesivas. Además, se asoció esta clínica de desvanecimientos a su psicopatología basal, hasta incrementarse en duración y frecuencia, llegando a alcanzar hasta 25 episodios diarios con una grave repercusión en su funcionamiento social.

Las crisis no epilépticas psicógenas (CNEP) o crisis convulsivas no epilépticas, descritas por Charcot con el término de histeroepilepsia en 1880, se definen como episodios paroxísticos de alteración conductual, que simulan verdaderas crisis epilépticas, pero sin los correspondientes cambios electroencefalográficos ni la asociación a una clara disfunción del sistema nervioso central y que se relacionan con distintos mecanismos psicopatológicos.

Se estima una prevalencia comprendida entre 1/50.000 y 1/3.000, observando que casi el 11% de las pacientes con CNEP muestran también crisis epilépticas francas. Con todo ello, analizaremos las diferencias clínicas clave dentro del diagnóstico diferencial de esta entidad nosológica desde la perspectiva de la psicopatología descriptiva y del análisis del entorno psicosocial, atendiendo a las múltiples variables clínicas, incluyendo las de estirpe psicológica, que predisponen, precipitan y mantienen estas manifestaciones psicopatológicas, con la comorbilidad que pueden acarrear, especialmente dentro del espectro disociativo y/o de los trastornos de la personalidad, y la 63 Congreso Nacional Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente Oviedo, 30 Mayo - 1 Junio 2019 posible evolución hacia una incapacidad para su funcionamiento habitual sin un abordaje multidisciplinar adecuado.

Palabras clave:

crisis no epilépticas psicógenas, crisis convulsivas no epilépticas, diagnóstico diferencial, comorbilidad, epilepsia, psicopatología, electroencefalograma.

P105

REVISIÓN DE SÍNDROME PHELAN MCDERMID. ESPECTRO SINTOMÁTICO A PROPÓSITO DE UN CASO.

PRIMER AUTOR: Magdalena Valverde Gómez, Psiquiatra, Hospital Can Misses. Ibiza
OTROS AUTORES: Carlos Ferrari

RESUMEN:

La ampliación en estudios genéticos en la mayoría de los Hospitales nos está permitiendo conocer variantes de expresión clínica de síndromes que hasta el momento estaban definidos de una manera muy concreta. Este es el caso que queremos exponer a continuación junto con la revisión realizada acerca del Síndrome Phelan Mc Dermid y la hipótesis de como bajo este síndrome puede haber un espectro sintomático que era hasta ahora poco conocido y que a partir de ahora se deberá tener más presente en el diagnóstico de los Trastornos no solo del lenguaje sino también en otros trastornos del neurodesarrollo así como en los Trastornos del espectro autista.

Se expondrá resumidamente la Historia Clínica de un paciente en principio diagnosticado con un Trastorno del desarrollo del lenguaje haciendo referencia a las peculiaridades de este trastorno y las dificultades en su correcta evolución a pesar del tratamiento intensivo adecuado y como a través de un estudio genético más en profundidad se diagnostica de Síndrome de Phelan Mc Dermid y se hace una revisión de historia familiar. También haciendo referencia a variantes de presentación del síndrome y espectro sintomático .

P106

TRASTORNOS ALIMENTARIOS INFANTILES (TAI) EL ESFUERZO Y ADAPTACIÓN FAMILIAR (INCLUYENDO ABUELAS) PARA UN BUEN Y SORPRENDENTE RESULTADO.

PRIMER AUTOR: Gonzalo Morandé Lavín, Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil. Hospital Universitario del Niño Jesús Madrid. Unidad de Trastornos Alimentarios. JUBILADO 2014
OTROS AUTORES: Beatriz Sanz Psicólogo Clínico, Francisca González logopeda, Consuelo Pedrón pediatra

RESUMEN:

Introducción:

Los vínculos se establecen en los primeros meses, los padres de Manuel fracasan. Es un niño con severas malformaciones y sucesivas intervenciones quirúrgicas. Pese a su empeño no encuentran el ritmo del niño ,la sincronía necesaria para alimentarlo. Son las abuelas (una y otra) quienes asumen la tarea creando un vínculo sanador y de apoyo a las terapias, El tratamiento debe adecuarse favoreciendo el trabajo grupal y dejando de lado a los padres. La revisión del caso con el equipo terapéutico permite una reevaluación más positiva.

Material y Método:

Veo a Manuel en dos entrevistas, con la madre la primera y con el padre y abuela materna la segunda. El niño está sorprendentemente bien en ambas. Los padres muestran una asincronía con Manuel. Envío correos a la madre para mayor información y a los terapeutas que le tratan. Mi interés es bien recibido y en la reevaluación del caso parecen ver una evolución positiva.

A.-Dos visitas del niño, una con la madre y otra con el padre y la abuela.

Tres correos a la madre para mayor información-

C.-Correo a la psicóloga Beatriz Sanz encargada del trabajo con los padres,

B,.Correo a la logopeda Francisca González, que trata al niño.

D.-Correo a la pediatra jefa del equipo-Consuelo Pedrón

Las visitas y correos integros van en hojas aparte.

Resultados:

Visitas:

-1.-con la madre se aprecia asincronía por perfeccionismo. El niño tiene su propio ritmo-Es muy fino. De mayor ingeniero como las abuelas.

-2.- Con el padre asincronía por exigencias. Con la abuela bien.

Correos de la madre: "nosotros, no pudimos, a punto de separarnos terapia de pareja. menos mal las abuelas. Está mejor tras vacaciones con abuelos , al volver declaró he madurado, prueba sólidos y no devuelve"-

Correo de Beatriz: Los padres no pueden entender el sufrimiento del niño-Vienen a las sesiones como a un juicio- En las últimas sesiones cuenta del colegio, el patio y las diferencias con sus amigos quiere celebrar el cumple con una fiesta de pijamas.

Paquita la logopeda 2015 inició tratamiento individual. Lo retiraron por considerarlo muy exigente. 2018 empezó tratamiento grupal con otros niños. Le costó al principio. Ahora, Manuel viene contento, se acuerda de otros niños que pasaron por el grupo y pregunta por ellos, participa en las conversaciones ya no es necesario marcarle el ritmo con la comida, suele comer lo que trae y acepta probar los alimentos nuevos. Viene acompañado por las abuelas. En fin , aunque nos queda mucho ...DA GUSTO VERLE!!

Consuelo Pedrón; la pediatra: Ultima Revisión 05/03/2019 Evolución: Está bien, activo, contento y vital .Escolarizado en segundo de primaria con buen rendimiento. Sigue yendo a piano, catequesis y natación-Está mejorando en cuanto a la alimentación. Toma sólidos y mastica aunque no grandes cantidades En general come solo, pero a veces hay que ayudarlo.. No vómitos, salvo si se atraganta. Ya no amenaza con ello. En muchas ocasiones acude a consulta con sus abuelas (una y otra).

Discusión/Conclusiones:

El niño ha "madurado" de vuelta de sus vacaciones con sus abuelos, sin su madre embarazada y comienza su mejoría en el relato familiar. Las abuelas ingenieras han sido providenciales para encontrar una evolución positiva, adecuándose al ritmo del niño. Objetivo imposible para unos padres "asincrónicos" que compiten entre ellos hasta la extenuación, transformándose sin querer en un lastre para el tratamiento. Trasmítí mi interés por Manuel de presentarlo a un congreso al equipo terapéutico. Les permitió actualizar el caso y definir una mejor evolución. El paso al grupo de Paquita fue una buena indicación para Manuel acostumbrado a ser único e irreplicable. Vino también a reforzar la psicoterapia de Beatriz cuando empezó a hablar del hermano y otros niños y dejó de lado a los padres. La pediatra en su reciente evaluación encuentra al niño bien, vital y contento. Cita a las abuelas (una u otra) como responsables del tratamiento. Las abuelas, no siempre bien ponderadas en terapia familiar, son aquí , un factor de continuidad y progreso.

Referencias Bibliográficas:

Morandé Gonzalo.2017 Trastornos alimentarios infantiles de los niños difíciles de alimentar a los trastornos alimentarios prepuberales. MASTER DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y PERSONALIDAD UNIV.DE VALENCIA2

Sanz Beatriz, Pedrón Consuelo Gonzalez Francisca

Las dificultades de la alimentación en la primera infancia. La necesidad de poner palabras

SEPPYNA Revista: 51-52 | Año: 2011

