

revista de psiquiatría

infanto-juvenil

Volumen 38 • Suplemento 1 • 2021

Doi: <https://doi.org/10.31766/revpsij.v38s1>

ISSN 1130-9512

SUMARIO

64 CONGRESO NACIONAL AEPNYA
Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente

Desarrollo virtual
con asistencia en webinar

Asociación Española de
Psiquiatría del Niño
Y del Adolescente

CADIZ 2021
3, 4 y 5 / JUNIO

Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil

Doi: <https://doi.org/10.31766/revpsij.v38s1>

Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2021;38(S1)

La *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, de periodicidad trimestral, es la publicación oficial de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNYA). Tiene como finalidad publicar investigaciones que contribuyan al mejoramiento de la calidad de la asistencia clínica, de la docencia y de la gestión de todos los aspectos (teóricos y prácticos) relacionados con la psiquiatría del niño y el adolescente.

Esta revista se encuentra bajo Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 y sigue los lineamientos definidos por COPE (<https://publicationethics.org/>). Depósito legal: M-6161-2015, Registrada como comunicación de soporte válido 30-R-CM

COMISIÓN DE PUBLICACIONES

Director

Inmaculada Baeza

Hospital Clínic de Barcelona; CIBERSAM; Institut D'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (DIBAPS); Universitat de Barcelona.

dirección.revista@aepnya.org

Secretaría

Paloma Varela

Hospital de Mataró, Barcelona.

secretaria.revista@aepnya.org

COMITÉ EDITORIAL

Antonio Pelaz

Hospital Universitario San Carlos, Madrid.

Carmen Moreno

Hospital General Universitario Gregorio Marañón; CIBERSAM; Universidad Complutense de Madrid.

César Soutullo

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

Covadonga Martínez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, CIBERSAM; Madrid.

Francisco Díaz

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada
Universidad de Granada.

Francisco Montañés

Fundación Hospital Alcorcón, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.

Helena Romero

Hospital General de Alicante; Universidad Miguel Hernández, Alicante.

José Salavert

Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Horta-Guinardó; Hospital Sant Rafael; Universitat Autònoma de Barcelona-U.D. Vall d'Hebron, Barcelona.

Juan José Carballo

Hospital General Universitario Gregorio Marañón; CIBERSAM; Madrid.

Óscar Herreros

Universidad de Granada.

Pedro Manuel Ruíz

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza.

Rafael de Burgos

Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil
Hospital Universitario Reina Sofía; Instituto de Investigación Biomédica de Córdoba, Universidad de Córdoba.

Soraya Otero

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; Universidad de Cantabria.

Victor Carrión

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

INDIZADA EN:

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

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE (AEPNYA): fundada en 1950. Revista fundada en 1983. Con N.I.F. G79148516 y domicilio en Madrid en la C/Santa Isabel nº51. 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.

SOPORTE TÉCNICO

Journals & Authors

<https://jasolutions.com.co>

CONTENIDO

Comunicaciones Orales

CO1: Detección de riesgo de trastornos de conducta alimentaria (tca) en adolescentes con diabetes tipo 1 (dt1).....	6
CO2: Trastorno afectivo bipolar (tab) en adolescentes: serie de casos.....	7
CO3: Acoso escolar y mediación.....	8
CO4: Estudio sobre el impacto del confinamiento por COVID-19 en una muestra de pacientes de Psiquiatría del niño y del adolescente.....	9
CO5: Manifestaciones tempranas de autismo en niños nacidos tras una amenaza de parto prematuro: Un estudio de seguimiento a 30 meses.....	10
CO6: Sin límites hacia la meta.....	11
CO7: Detección de trastorno por estrés postraumático en adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria.....	12
CO8: Eficacia y Seguridad de lisdexanfetamina vs. metilfenidato en el Trastorno del Déficit de Atención/Hiperactividad en población pediátrica/adolescente: revisión sistemática cuantitativa.....	13
CO9: Ensayo clínico in silico: comparación entre lisdexanfetamina y metilfenidato como tratamiento en primera línea de TDAH en niños y adolescentes.....	14
CO10: Ingresos por comportamiento suicida en una unidad de psiquiatría infanto-juvenil de referencia regional: impacto de la pandemia por COVID-19.....	15
CO11: Programa de atención domiciliaria infanto-juvenil: cuando la montaña va a Mahoma.....	16

Posters

P1: Trastorno de personalidad y consumo de tóxicos.....	17
P2: Análisis de programa arsuic en la población infantojuvenil de parla.....	18
P3: Pongamos que hablamos de las psicosis cicloides.....	19

P4: “Tengo tres personalidades dependiendo del momento”	20
P5: Reserva cognitiva en adolescentes hijos de pacientes diagnosticados de esquizofrenia o trastorno bipolar.....	21
P6: “En el cole me dicen que mi niña no habla”. A propósito de un caso.....	22
P7: La telemedicina en tiempos de coronavirus. ¿un cambio en nuestra forma de trabajar?.....	23
P8: Síndrome de digeorge o síndrome velo-cardio-facial o síndrome de delección 22q11. a propósito de un caso.....	24
P9: Hiperactividad y dietas libres de gluten y caseína: resultados de dos ensayos clínicos con 65 niños y adolescentes diagnosticados de trastorno del espectro autista.....	25
P10: Locura compartida.....	26
P11: Pubertad ¿factor de riesgo en los trastornos de conducta alimentaria?.....	27
P12: Duelo e infancia.....	28
P13: Síndrome de weidemann-steiner: abordaje multidisciplinar de las alteraciones neuropsiquiátricas.....	29
P14: Autismo infantil en el síndrome de coffin-siris, a propósito de un caso clínico.....	30
P15: Pandas: pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with streptococcus.....	31
P16: Experiencia clínica de la hospitalización psiquiátrica infantojuvenil en un hospital general.....	32
P17: Estado mental de alto riesgo en un adolescente con sintomatología psicótica atenuada.....	32
P18: Proceso adaptativo en un adolescente transgénero.....	33
P20: Trastorno esquizotípico de personalidad (tep) en la infancia y adolescencia. A proposito de un caso.....	34
P21: Trastorno psicótico breve/trastorno psicótico agudo y transitorio en una adolescente.....	35

P22: Manifestaciones tempranas de TDAH en niños nacidos tras amenaza de parto pretérmino.....	36
P23: Disforia de género y rasgos límite de la personalidad: a propósito de un caso.....	37
P24: Adherencia a la dieta mediterránea en niños y adolescentes con síndrome de riesgo de psicosis: estudio preliminar.....	38
P25: ¿Existe una alteración en el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal en niños y adolescentes con síndrome de riesgo de psicosis?.....	39
P26: Descripción y comparación de la actividad realizada dentro del programa de soporte a la primaria desde un centro de salud mental infanto-juvenil antes y durante la pandemia por COVID-19.....	40
P27: Todo sobre mi madre: a propósito de un caso de trastorno psicótico compartido.....	41
P28: ¿Es necesaria la Psiquiatría Infantil de enlace con Neuropediatría?.....	42
P29: Impacto del trauma sobre cognición en Trastornos Afectivos de Inicio Temprano (TAiT).....	43
P30: Comorbilidades psiquiátricas en pacientes con discapacidad intelectual leve y funcionamiento intelectual límite en niños y adolescentes.....	44
P31: Mejora de la vinculación del paciente al csmij mediante el programa tmg/pcc.....	45

Mesa Premios

MP1: Mindfulness mediante realidad virtual en niños recientemente diagnosticados de TDAH versus programa de mindfulness estándar (estudio aleatorizado). Premio AEPNYA de Investigación 2017.....	46
MP2: “Análisis del discurso de un grupo de adolescentes con trastorno de conducta tras haber participado en el entrenamiento en Habilidades Psicosociales de Terapia Dialéctica Conductual: una investigación cualitativa de la efectividad de la intervención psicoterapéutica”.....	47
MP3: Implementación de un programa de identificación terapéutica de depresión en adolescentes en el área sanitaria de Santiago de Compostela.....	48
MP4: 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.....	49

CO1 DETECCIÓN DE RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) EN ADOLESCENTES CON DIABETES TIPO 1 (DT1)

AUTORES: Cecilia-Costa R, Sancauto-Chardi C, Serrano-Troncoso E, Cardona-Hernandez R, Ramon-Krauel M, Laffel L, Dolz-Abadia M. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.

Introducción:

Se ha descrito mayor presencia de TCA en pacientes con DT1. La confluencia de las dos enfermedades conlleva a un aumento de la morbilidad por lo que la detección precoz es primordial

Objetivos:

Valorar la presencia de riesgo de TCA en una muestra de adolescentes con DT1. Analizar si existe relación entre el riesgo de TCA y determinadas características clínicas y/o psicosociales.

Metodología:

Estudio descriptivo transversal en el que se evaluó riesgo de TCA mediante la EAT-26 (escala de cribado para población general) y la EPAD-R (escala específica para pacientes con DT1). También se evaluó la presencia de ansiedad (STAI), clínica depresiva (BDI) y distorsión e insatisfacción corporal (TSA). Se recogieron parámetros relacionados con la DT1 como hemoglobina glicada y número de glicemias diarias.

Resultados:

En una fase inicial se recogieron y analizaron datos de 22 adolescentes. Puntuaron para riesgo TCA el 14% con la EAT-26 y el 45% con la EPAD-R. Se halló correlación positiva entre riesgo de TCA (evaluado con la EPAD-R) y hemoglobina glicada ($p=0.01$), clínica depresiva ($p<0.0001$), rasgos ansiosos ($p<0.001$) y clínica ansiosa ($p=0.023$). En cambio la correlación fue negativa para número de glicemias diarias ($p>0.05$)

Conclusiones:

Para detectar riesgo de TCA en pacientes con DT1 debe usarse un método de cribado específico como la EPAD-R. Un mayor riesgo de TCA está relacionado con un mal manejo de la diabetes (mayor hemoglobina glicada y menor número de glicemias diarias), así como con presencia de clínica depresiva y/o ansiosa.

CO2 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR (TAB) EN ADOLESCENTES: SERIE DE CASOS.

AUTORES: García Bernal, Cristina. Sánchez Batanero, Marta. Martín Gil, Victoria Eugenia. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

RESUMEN:

La presentación del TAB pediátrico es distinta a la de adultos. Se caracteriza por altas tasas de síntomas psicóticos, ciclaje rápido, alta duración de los episodios y íntomas subsindrómicos por períodos largos. La irritabilidad es el síntoma cardinal. El pronóstico además es peor, se ha observado que los niños con un TB prepuberal presentan dos veces menos de probabilidades de recuperación que aquellos postpuberales. La prevalencia en adultos es del 5% y la mayoría presentan síntomas anímicos antes de los 20 años. Estudios retrospectivos realizados han observado que entre el 10% y el 20% de las personas presentó su inicio antes de los 10 años y hasta el 60% antes de los 20 años. El TB en adultos está frecuentemente precedido por trastornos de conducta disruptiva y trastornos de ansiedad. Los trastornos comórbidos, particularmente los trastornos del comportamiento disruptivo (30% a 70%), TDAH (50% a 80%) y trastornos de ansiedad (30% a 70%) son muy frecuentes. Según la edad en niños son más frecuentes el TDAH y el trastorno negativista desafiante, mientras que en adolescentes son más frecuentes los trastornos de la conducta y los trastornos de consumo de sustancia. Presentamos una serie de 7 casos de adolescentes tanto con diagnóstico de TAB, como TLP, como TDAH en todos ellos aparecen síntomas comunes como dificultad para concentrarse, insomnio, inestabilidad del ánimo e irritabilidad. Esta revisión de la literatura y la serie de casos nos hace reflexionar acerca del infradiagnóstico de TAB en esta etapa.

CO3 ACOSO ESCOLAR Y MEDIACIÓN

AUTORA: Amparo Meléndez Ridao

RESUMEN:

El acoso escolar es una problemática muy presente en nuestras vidas, siendo este uno de los problemas más abordados en España. Este se produce por diversas causas que conlleva a que el menor víctima pueda padecer problemas tanto físicos como psíquicos, incluso en algunos casos llegan al suicidio. La violencia por acoso o ciberacoso provoca un impacto negativo en el desarrollo emocional de los menores. Es de suma importancia frenar este tipo de acoso para que la víctima no sufra las graves consecuencias que puede desencadenar en conflictos sociales. Se presentan datos de un estudio elaborado por el Observatorio para España de la ONG Internacional Bullying Sin Frontera, donde se refleja un aumento del acoso escolar en nuestro país. Veintiún millones de niños y jóvenes pierden la vida cada año en España, se mencionan los diez países con mayor cantidad de suicidios en la Unión Europea, siendo un total de 1.054 de casos fueron denunciados en 2017 en las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad españolas, existiendo una variación de 11'65% en relación al año anterior. Como enfoque de prevención podemos decir que la mediación escolar entre otros enfoques se convierte en una oportunidad de aprendizaje, donde el alumno entrenado adquiere formación en resolución de conflicto, así como para reconocer situaciones de gravedad que derivará a un adulto. Los alumnos que participen el proceso de mediación aprenden a cómo resolver los conflictos de forma pacífica. En el caso que se produzca algún caso de acoso escolar esto se detectará con mayor rapidez, no produciéndose así el fenómeno de espectadores entre otros actores implicados, ya que estos poseen herramientas suficientes para poder denunciar y hacer frente a este tipo de situaciones. Es por ello que el trabajo a realizar con los menores debe dirigirse a promover determinadas habilidades sociales que les permitan comunicarse de forma más efectiva.

Palabras clave: acoso escolar, mediación escolar, conflictos, resolución de conflictos, comunicación.

CO4 ESTUDIO SOBRE EL IMPACTO DEL CONFINAMIENTO POR COVID-19 EN UNA MUESTRA DE PACIENTES DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

AUTORES: Isabel de la Montaña Santos Carrasco, Marta Hernández García, Joana Isabel Gonçalves Cerejeira, María Queipo de Llano de la Viuda, Abril Gonzaga Ramírez, Guillermo Guerra Valera, , Ruth González Collantes, Beatriz Mongil López, María Parrilla Escobar, Soraya Geijo Uribe. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

RESUMEN:

Introducción y objetivo:

La pandemia por COVID-19 ha sembrado una sensación de miedo e incertidumbre en todo el mundo, generando un malestar emocional que podría favorecer la aparición de enfermedades mentales. Los menores suponen un grupo más vulnerable en función de su edad, estudios, enfermedad mental preexistente, economía familiar o allegado afecto por COVID-19. Este estudio pretende destacar la repercusión emocional y psicológica en los menores de las consultas de Psiquiatría del área este de Valladolid durante el confinamiento por COVID-19.

Métodos:

194 progenitores fueron entrevistados mediante encuesta telefónica desde el 20 de abril al 15 de mayo de 2020, proporcionando información acerca de los efectos de la cuarentena en los menores, diferenciando el período de confinamiento rígido y la flexibilización del mismo.

Resultados:

El 50 % de los participantes estaban diagnosticados de trastornos hipercinéticos. La situación clínica de los menores se mantuvo sin cambios reseñables en un 51.4 % (período rígido de confinamiento) y 47.4% (período flexible). El 11% de los pacientes utilizaron >8 horas diarias dispositivos electrónicos durante la flexibilización, respecto al 3.9% durante el período rígido. Acerca de los ritmos biológicos, hasta un 34% de los pacientes (período rígido) y un 40.7% (período flexible) se acostaron después de medianoche. Un 25.2% de los pacientes durante el período rígido confirmaron un aumento de apetito. Solo el 2.58% de los menores expresaron elevada preocupación por COVID-19.

Conclusión:

El confinamiento por COVID-19 ha repercutido de manera global en los menores. En términos generales, los progenitores percibieron una mayor repercusión en el estado emocional y conductual de sus hijos durante el período rígido, sin objetivar grandes cambios tras la flexibilización del confinamiento.

CO5 MANIFESTACIONES TEMPRANAS DE AUTISMO EN NIÑOS NACIDOS TRAS UNA AMENAZA DE PARTO PREMATURO: UN ESTUDIO DE SEGUIMIENTO A 30 MESES

AUTORES: Pablo Navalón, Farah Ghosn, Laura Campos, Laura Pina-Camacho, Belén Almansa, Rosa Sahuquillo-Leal, Alba Moreno-Giménez, Vicente Diago, Máximo Vento, Ana García-Blanco. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia.

RESUMEN:

Objetivo:

La prematuridad es un factor de riesgo para desarrollar Trastornos del Espectro Autista (TEA). Los efectos de la prematuridad sobre el neurodesarrollo podrían comenzar con el diagnóstico de la amenaza de parto prematuro (APP). El objetivo es: i) evaluar síntomas TEA a los 30 meses en niños nacidos tras una APP, en relación a niños nacidos tras un embarazo sin esta complicación; ii) estudiar el desarrollo infantil y el temperamento a los 6 meses como manifestaciones tempranas de síntomas TEA en el grupo APP.

Métodos:

111 madres-hijo reclutadas tras una APP y 47 madres-hijo controles fueron seguidos en este estudio longitudinal prospectivo. Los síntomas TEA fueron valorados mediante el M-CHAT-R a los 30 meses. Los cuestionarios ASQ-3 e IBQ-R fueron empleados para valorar desarrollo infantil y temperamento a los 6 meses. Se realizó un análisis de covariancia, incluyendo prematuridad como covariable, para valorar las diferencias entre grupos en el M-CHAT-R. Un modelo de regresión lineal fue empleado en el grupo APP para valorar si el desarrollo infantil y el temperamento a los 6 meses predecían mayores puntuaciones del M-CHAT a los 30 meses.

Resultados:

El grupo APP mostró mayor sintomatología TEA que el grupo no-APP a los 30 meses. Menores Habilidades de Comunicación y de Resolución de Problemas, menor frecuencia de Sonrisas y mayor Reactividad Vocal a los 6 meses predijeron mayor puntuación en el M-CHAT-R a los 30 meses.

Conclusiones

Los resultados apoyan la instauración de programas de cribado e intervención precoz en niños cuyas madres sufrieron una APP.

CO6 SIN LÍMITES HACIA LA META

AUTORES: Maciá-Casas, A.; Bullón-Sáez, A.; Gamonal-Limcaoco, R.S.; Lozano-López, M.T.; Covacho-González, M.; González-Mota, A.; Payo-Rodríguez, C.; Beltrán-Mercado, C.E.; Barrera-Aguado, L.; González-Parra, D. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

RESUMEN:

Se presenta el caso de una mujer de 17 años, sin antecedentes personales psiquiátricos de interés, con buenos resultados académicos (quiere estudiar Medicina) y que realiza atletismo a nivel profesional. A los 13 años (inicio del instituto y de campeonatos internacionales) comienza a cuidar su dieta. A los 15 años, tras sufrir lesión osteomuscular, empieza a obsesionarse con su aspecto físico. A los 17 años, coincidente con inicio de estudios de Bachillerato y competiciones de mayor nivel, pierde el control sobre su cuerpo, siendo derivada por la orientadora de su instituto a la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA). Es diagnosticada de anorexia nerviosa restrictiva, con regular estado físico general, IMC de 16.8 kg/m², con anemia ferropénica, amenorrea, osteopenia moderada y repercusiones anímicas y a nivel social. Es preciso su ingreso en Hospital de Día, donde se consigue reestructuración del comportamiento alimentario, estabilización ponderal y estabilización psicopatológica. Al alta se decide conjuntamente con la paciente el cese de la práctica deportiva a nivel profesional, por/con todo lo que la misma conlleva a la joven. Se expone el caso anterior como ejemplo del mayor riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en atletas, sobre todo femeninas, siendo dicho riesgo mayor en algunos deportes, con consecuencias tanto para la salud como para el rendimiento deportivo. Por ello, resulta de gran importancia la instauración de programas de prevención primaria y secundaria de TCA en entornos deportivos, así como valorar los casos en los que el retorno a la práctica deportiva de élite debe restringirse.

CO7 DETECCIÓN DE TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

AUTORES: Annabel Betriu, Susana Andrés-Perpiñá, Xavier Segú, María Caballero, Eva Collado, Itziar Flamarique, Esteve Martínez, Laura González, Cristina Díaz y M^a Teresa Plana. Servicio de Psiquiatría infanto-juvenil, Hospital Clínic de Barcelona.

RESUMEN:

La vivencia de acontecimientos traumáticos puede afectar a la salud mental de los adolescentes y supone un factor de riesgo para desarrollar Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). En un 50% de adolescentes con TCA hay antecedentes acontecimientos traumáticos. Estos, aumentan la vulnerabilidad a sufrir un TCA y un Trastorno por Estrés Posttraumático (TEPT), y la gravedad del TEPT parece relacionarse con la sintomatología alimentaria. El objetivo de esta comunicación es presentar los datos del protocolo de detección, evaluación y tratamiento del TEPT de una Unidad de adolescentes con TCA. Este, se estructura en: 1) Despistaje de sintomatología afectiva, alimentaria y detección de eventos traumáticos en las pacientes de la unidad; 2) Evaluación de la sintomatología de TEPT y disociativa en pacientes con 4 o más acontecimientos traumáticos; 3) Valorar intervención EMDR si hay TEPT. En las 50 pacientes del estudio (edad media 15 años, 96% sexo femenino), 33 (66%), ha vivido 4 o más acontecimientos traumáticos. De este grupo, 19 (70.4%) han obtenido puntuaciones positivas en TEPT y 5 (18.5%) en sintomatología disociativa. Se ha observado una correlación positiva entre el número de eventos traumáticos y la sintomatología depresiva ($p=0.009$), traumática ($p=0.004$) y disociativa ($p=0.036$), sin detectarse correlación entre los eventos traumáticos y los síntomas alimentarios ($p=0.453$). Los datos obtenidos apoyan los estudios que muestran la elevada presencia de trauma y TEPT en adolescentes con TCA. La detección es básica para ofrecer un tratamiento integral a ambas patologías cuando sean comórbidas y mejorar la evolución y el pronóstico de las pacientes.

CO8 EFICACIA Y SEGURIDAD DE LISDEXANFETAMINA VS. METILFENIDATO EN EL TRASTORNO DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA/ ADOLESCENTE: REVISIÓN SISTEMÁTICA CUANTITATIVA

AUTORES: José Ramon Gutiérrez Casares, Javier Quintero, Pilar Rodríguez, Sabela Martín-Benito, Tamara Pozo-Rubio, Carmen Montoto, José Manuel Mas, Vicente Martínez. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

RESUMEN:

Antecedentes:

El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por falta de atención, hiperactividad e impulsividad persistentes (1,2). Los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos mejoran la sintomatología (3). Entre los tratamientos farmacológicos, los estimulantes lisdexanfetamina (LDX) y metilfenidato (MPH) son las opciones de primera-línea, aunque es necesario seguir profundizando en sus beneficios y seguridad relativos en niños-adolescentes (3,4). El objetivo de esta revisión sistemática es comparar la eficacia y seguridad de LDX y MPH en niños-adolescentes con TDAH que proporcione evidencia en la toma de decisiones.

Métodos:

Se realizó una búsqueda en PubMed, EMBASE, Cochrane, Clinical trials.gov y en los principales congresos desde 2007 hasta 2020 para estudios de TDAH en niños-adolescentes tratados con LDX y/o MPH. Dependiendo de la cantidad de información disponible, se ejecutó un metanálisis y/o metanálisis en red (5,6).

Objetivos Principales:

1) cambio desde basal en síntomas del TDAH (eficacia); y, 2) número de sujetos con >1 acontecimiento adverso emergente del tratamiento (AAET) (seguridad).

Resultados:

Se incluyeron 11 estudios randomizados con suficiente potencia. El resultado de eficacia del MA (3-estudios) mostró diferencia de medias estandarizadas (IC95%) para LDX vs. MPH de -0,32 (-0,46, -0,19) favoreciendo LDX vs. MPH. LDX mostró mayor eficacia en niños <12-años. Los resultados de seguridad del NMA (11-estudios) mostraron odds ratio (IC95%) para MPH vs. LDX de 0,77 (0,22, 1,01) favoreciendo MPH vs. LDX, aunque se cubría el intervalo de igualdad.

Conclusiones:

LDX y MPH se asociaron con mejor eficacia en niños-adolescentes. Nuestros resultados sugieren que LDX es significativamente más eficaz que MPH para controlar la sintomatología TDAH. MPH parece presentar mejor perfil de seguridad en base a la aparición de AAET, aunque sin diferencias significativas.

Referencias:

1. Kooij JJS, Bijlenga D, Salerno L, Jaeschke R, Bitter I, Balázs J, Thome J, Dom G, Kasper S, Nunes Filipe C et al: Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry* 2019, 56:14-34.
2. Cortese S, Adamo N, Del Giovane C, Mohr-Jensen C, Hayes AJ, Carucci S, Atkinson LZ, Tessari L, Banaschewski T, Coghill D, Hollis C, Simonoff E, Zuddas A, Barbui C, Purgato M, Steinhausen HC, Shokraneh F, Xia J, Cipriani A. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2018 Sep;5(9):727-738.
3. Treatment Guidelines for Adults With ADHD -2018 Updates. Takeda. VV-MEDMAT-35611. December 2020.
4. NICE Guideline: Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. In. <https://www.nice.org.uk/guidance/NG87> NICE guideline NG87; 2018.
5. Higgins JP, Thompson SG: Controlling the risk of spurious findings from meta-regression. *Stat Med* 2004, 23(11):1663-1682.
6. White IR, Barrett JK, Jackson D, Higgins JP: Consistency and inconsistency in network meta-analysis: model estimation using multivariate meta-regression. *Res Synth Methods* 2012, 3(2):111-125.

CO9 ENSAYO CLÍNICO IN SILICO: COMPARACIÓN ENTRE LISDEXANFETAMINA Y METILFENIDATO COMO TRATAMIENTO EN PRIMERA LÍNEA DE TDAH EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

AUTORES: José Ramón Gutiérrez Casares, Javier Quintero, Mireia Coma, Guillem Jorba, Valentin Junet, Tamara Pozo-Rubio, Pilar Rodriguez, Sabela Martín-Benito, Carmen Montoto, Vicente Martínez. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

RESUMEN:

Introducción:

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos neurobiológicos más comunes en la infancia (1). Aunque hay disponibles varias opciones terapéuticas, no está claro cuál sería la más adecuada según los perfiles de comorbilidades (2). Nuestro objetivo es comparar la eficacia de los tratamientos metilfenidato (MPH) y lisdexanfetamina (LDX) en primera línea en niños/adolescentes, aportando nuevas y sólidas evidencias, con una metodología novedosa (3,4).

Métodos:

Hemos realizado un ensayo clínico in silico (ISCT), de acuerdo con las recomendaciones sobre modelado y simulación de las agencias reguladoras. La tecnología empleada se basa en biología de sistemas e inteligencia artificial para simular los mecanismos de acción de los fármacos en pacientes virtuales, incluyendo pacientes con comorbilidades psiquiátricas asociadas al TDAH (depresión, ansiedad, trastorno bipolar, trastorno por atracones y tics). Un total de 1300 pacientes pediátricos-adolescentes fueron tratados con ambos fármacos (50 mg de LDX o 36 mg de MPH de liberación modificada al día).

Resultados:

El tratamiento con LDX presenta más eficacia que con MPH ($p < 0.001$) según el resultado primario del estudio, una medida derivada del modelo que se correlaciona con la Escala de Valoración del TDAH-IV ($\rho = 0,81$). La eficacia de LDX depende del aumento de la edad ($p < 0.001$) y del IMC ($p < 0.001$). La mayor eficacia de LDX podría explicarse por un mayor impacto en las proteínas asociadas a TDAH; especialmente en neurotransmisión, posiblemente regulada por el agonismo de TAAR1. La eficacia de ambos fármacos se ve afectada por la depresión (común en adolescentes), aunque en menor medida en LDX.

Conclusiones:

Los resultados de este ISCT sugieren que LDX es significativamente más eficaz que MPH para el control del TDAH. Estudios ISCT pueden aportar información útil para el condicionamiento estratégico del diseño de futuros ensayos.

Referencias:

1. Kooij JJS, Bijlenga D, Salerno L, Jaeschke R, Bitter I, Balázs J, Thome J, Dom G, Kasper S, Nunes Filipe C et al: Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry* 2019, 56:14-34.
2. Larson, K., et al., Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD, 2007. *Pediatrics*, 2011. 127(3): p. 462-70.
3. Cortese S, Adamo N, Del Giovane C, Mohr-Jensen C, Hayes AJ, Carucci S, Atkinson LZ, Tessari L, Banaschewski T, Coghill D, Hollis C, Simonoff E, Zuddas A, Barbui C, Purgato M, Steinhausen HC, Shokraneh F, Xia J, Cipriani A. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2018 Sep;5(9):727-738.
4. Coghill DR, Newcorn JH, Chen J, Werner-Kiechle T, Banaschewski T. Post hoc analyses of response rates to pharmacological treatments in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Psychopharmacol*. 2020 Aug;34(8):874-882.

CO10 INGRESOS POR COMPORTAMIENTO SUICIDA EN UNA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL DE REFERENCIA REGIONAL: IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19

AUTORES: Joana Gonçalves Cerejeira, Soraya Geijo, Isabel Santos, María Queipo, Abril Gonzaga, Guillermo Guerra, Teresa Jiménez, Celia de Andrés, Carmen Valecillo. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

RESUMEN:

Introducción:

La pandemia por COVID-19 ha supuesto un cambio de vida radical en el modus vivendi de nuestra sociedad y algunos estudios sugieren que su impacto en la salud mental podría constituir un factor de riesgo de comportamiento suicida en adolescentes.

Objetivos:

Comparar las tasas de ingresos por comportamiento suicida en nuestra unidad de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil en el año previo al inicio de la pandemia por COVID con las mismas tasas en el año de pandemia.

Métodos:

Se ha realizado un estudio descriptivo comparativo de carácter retrospectivo y se han analizado los datos los ingresos durante dos periodos, el año anterior y el año posterior al inicio del estado de alarma. Se ha comparado la tasa de ingresos por comportamiento suicida en los dos periodos.

Resultados:

Durante el año previo a la pandemia la tasa de ingresos por comportamiento suicida fue del 14% (19 de 137 ingresos), mientras que en el año de la pandemia la tasa de ingresos por comportamiento suicida fue del 28% (32 de 112 ingresos), siendo la diferencia encontrada estadísticamente significativa. Las características demográficas y los factores de riesgo asociados a cada uno de los grupos han sido similares en los dos grupos.

Conclusiones:

A semejanza de lo que se ha encontrado en otros estudios, nuestros resultados muestran que las tasas de ingreso por comportamiento suicida fueron significativamente superiores durante el periodo de la pandemia. Esto podría ser el reflejo de los efectos negativos de la pandemia en la salud mental de los adolescentes.

CO11 PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA INFANTO-JUVENIL: CUANDO LA MONTAÑA VA A MAHOMA

AUTORES: Jara López-Serrano, Rosalía Díaz-Bóveda, Rosa Calvo. Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil, Hospital Clínic de Barcelona.

RESUMEN:

Introducción:

En Noviembre de 2020 se inicia el Programa de Atención Domiciliaria vinculado al CSMIJ del Hospital Clínic (PAD-CSMIJ) para atender los pacientes desvinculados de la red de salud mental o aquellos casos que requieran esta intervención. Está formado por una psicóloga clínica, con apoyo de otros profesionales según el caso.

Objetivos:

Describir el protocolo del Programa Atención domiciliaria de CSMIJ (PAD-CSMIJ) y presentar un caso clínico atendido en el mismo.

Método:

Se describe el caso de un adolescente de 15 años, derivado desde el ABS de referencia por presentar aislamiento en casa y absentismo escolar de 3 meses de evolución, así como sintomatología ansioso-depresiva.

Resultados:

Se activa el PAD-CSMIJ y se realizan 4 visitas al domicilio. La primera visita se dedica a la alianza terapéutica, entrevista motivacional para promover el cambio, hacer análisis funcional y psicoeducación de la ansiedad. La segunda se emplea para hacer jerarquía de ansiedad y detectamos pensamientos negativos así como conductas de seguridad, y se hace la primera exposición. En la tercera y cuarta se hace exposición, reestructuración cognitiva, consolidación de cambios y ajuste de expectativas. Se trabaja en la práctica y la prevención de recaídas. El paciente consigue llegar al instituto.

Conclusiones:

Consideramos indispensable un equipo de atención domiciliaria para atender población infanto-juvenil, y llegar a pacientes desvinculados de la red de salud mental o atender situaciones de urgencia psiquiátrica.

P1 TRASTORNO DE PERSONALIDAD Y CONSUMO DE TOXICOS

AUTORES: MC Pacheco Santander, M Corral, CM Lazo, S Morales, S Ruiz, P Lara, C Rodriguez. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Introducción:

Mujer de 17 años con antecedentes de Histiositosis X siendo necesario largos ingresos hospitalario causando absentismo escolar, dificultades para socializar con iguales y retraso en el desarrollo psicomotor / lenguaje sobre un cociente intelectual límite (CI: 71). También destaca una marcada disfuncionalidad familiar caracterizadas por abandono de padres y consumo de tóxicos de familiares así como relaciones sociales superficiales, dentro de un contexto sociocultural marginal. La paciente inicia consumo de tóxicos (OH, cocaína , Cannabis) a los 11 años , teniendo épocas de empeoramiento tras rupturas sentimentales y discusiones familiares ante la imposición de límites, con múltiples atenciones en urgencias por intoxicación. Siendo finalmente ingresada en Unidad de desintoxicación hospitalaria en el 2017 en donde de objetiva reacciones pueriles , dependientes e intolerancia a la frustración , marcada impulsividad, necesidad de aprobación, dolores conversivos, pensamiento dicotómico que varían en función a sus intereses a corto plazo, así como déficit cognitivo significativo.

Método y resultados:

En las entrevistas, se evidencia actitud pueril y discurso proyectivo verbalizando sentimiento de minusvalía / culpa, así como falta de control de los impulsos especialmente en el consumo de tóxicos. Animo eutímico con tendencia a la labilidad emocional. No clínica psicótica.

Conclusiones:

Paciente quien desde la niñez estuvo expuesta a situaciones difíciles dado sus antecedentes médicos / sociales; desarrollando rasgos disfuncionales de personalidad caracterizados por falta de vínculo adecuado , dificultades en la toma de decisiones , necesidad de reafirmación , temor a la pérdida de apoyo ,falta de control de los impulsos y labilidad emocional.

P2 ANÁLISIS DE PROGRAMA ARSUIC EN LA POBLACIÓN INFANTOJUVENIL DE PARLA.

AUTORES: Bello, I; Molina, A; Álvarez-Arenas, J; Suárez, C; Conseglieri, A. Hospital Univesitario Infanta Cristina, Badajoz.

RESUMEN:

La conducta suicida es fenómeno complejo de carácter multifactorial, en donde intervienen determinantes biológicos, clínicos y sociobiográficos. Según datos de la OMS cerca de 800.000 personas se suicidan cada año, siendo la segunda causa de defunción entre las personas entre 15 y 29 años. Así, en 2013 la OMS elabora un programa de prevención de suicidio, con el objetivo de reducir en 2020 las tasas de suicidio. Teniendo en cuenta los objetivos internacionales, en España se han elaborado distintos planes estratégicos para abordar la problemática del suicidio, implantándose programas específicos en las distintas comunidades. En Madrid se elabora el programa ARSUIC. En este contexto, decidimos diseñar un estudio descriptivo para evaluar la práctica clínica asistencial del programa durante un período de 3 años (2017-2019) en la población infantojuvenil de nuestra área de salud.

Resultados:

a) 24 citas ARSUIC, objetivándose una media de edad de 13.86 años. b) Tipos de conducta: 50% intoxicaciones medicamentosas, 27% gestos autolesivos y 23% ideación autolíticas. Del total de casos, sólo el 36% presentaron conductas reincidentes. c) Determinantes biológicos de salud: el 22% presentaba algún tipo de comorbilidad (TDAH, enuresis, trastorno depresivo, migraña y enf celiaca) y el 31 % antecedentes familiares en salud mental. d) Análisis social: el 50 % de la muestra correspondía a niños migrantes y el 77,27% de los niños pertenecían a familias con dificultades socioeconómicas. Los resultados de este trabajo alientan a la realización de estudios de mayor tamaño que permitan profundizar en el conocimiento de los factores de riesgo asociados a la conducta suicida.

P3 PONGAMOS QUE HABLAMOS DE LAS PSICOSIS CICLOIDES

AUTORA: Rebeca Hernández Antón; María Basteguieta Gardeazabal; Lidia Aranguren Conde; Paula Antía Ozcariz; Leyre Unzué López; Amaia Lauzurica Herrán; Gabriela Sánchez Ruiz de la Cuesta. Complejo Hospitalario de Navarra.

RESUMEN:**Introducción:**

Cuando hablamos de psicosis cicloides nos surge la duda del enclave nosológico de las mismas; si deben ser consideradas como una subforma de la esquizofrenia o vistas como psicosis independientes. Se propusieron algunas soluciones, como la tesis de las psicosis mixtas (Kretschmer) o la de formas intermedias (Bleuler, Schneider). En los manuales actuales de diagnóstico psicosis cicloide y bouffée délirante se reconocen en la CIE-10, bajo el nombre de trastorno agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia (F23.0) y con síntomas de esquizofrenia (F23.1).

Metodología:

Presentamos el caso de una paciente de 16 años sin antecedentes psiquiátricos, con antecedentes de epilepsia en seguimiento por Neurología y tratamiento con valproato. Desde Neurología indican descenso y retirada del mismo; es entonces cuando la paciente comienza a mostrarse desorientada, confusa, con importante angustia y labilidad y conductas regresivas. Presenta cambios repentinos de humor (pasando de la risa al llanto); cambios repentinos de reacción emocional (pasa de la angustia al enfado) y cambios repentinos en el comportamiento (pasa de la agitación a la postración). Logorrea, presión del habla y disprosodia. Lenguaje prolijo y disgregado con descarrilamientos. Ideación delirante de perjuicio y de grandeza con escasa estructuración, cambiantes, polimorfas y con repercusión variable y afecto incongruente; así como, alucinaciones visuales, auditivas y cenestésicas.

Resultados/conclusiones:

Supone un reto diagnóstico y terapéutico. La clínica que se ajusta con la de las psicosis cicloides, aunque no cumple los criterios de tiempo. ¿Dónde encajaríamos este cuadro? ¿Cuál sería el tratamiento más adecuado?

P4 “TENGO TRES PERSONALIDADES DEPENDIENDO DEL MOMENTO”

AUTORES: Natalia deSousa Figueiredo; Natalia Cancelo Zariquiey; Vanessa Fronda Salinas; Gerardo Gutiérrez Talavera; Ángela Sofía Rosero Enríquez. Complejo Hospitalario de Navarra.

RESUMEN:

Introducción:

El trastorno disociativo es un problema de salud de creciente interés, especialmente en la literatura anglosajona. Las manifestaciones habituales clásicas son conocidas desde hace tiempo. Se ha comenzado a investigar sobre sus diversos subtipos, las diferencias interculturales o los aspectos etiopatogénicos. El trastorno de identidad disociativo (TID) constituye la patología más compleja. Su curso habitualmente es crónico y se caracteriza principalmente por una alteración en la memoria autobiográfica y del sentido de identidad única. El TID suele originarse en el contexto de una experiencia traumática grave durante la infancia.

Metodología:

Presentamos el caso de un adolescente de 15 años ingreso en la unidad de hospitalización tras haber desaparecido durante un día del domicilio, sin recordar lo que había ocurrido. No consumo de sustancias. Situación familiar compleja. Vivencias traumáticas. Refería: “tengo tres personalidades desde los 7 años, he tenido que construirlas para sobrevivir y la real ya no sé cuál es”.

Resultados:

a través de este caso, señalamos los síntomas propios de este trastorno, los factores de riesgo y describimos el manejo terapéutico.

Conclusión/Discusión:

¿el patrón de apego desorganizado supone un incremento de la vulnerabilidad para el desarrollo de un trastorno disociativo?; ¿la disociación es una forma de defenderse ante el trauma, que con el tiempo se convierte en una manera de manejar cualquier tipo de estrés?

P5 RESERVA COGNITIVA EN ADOLESCENTES HIJOS DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESQUIZOFRENIA O TRASTORNO BIPOLAR

AUTORES: Elena de la Serna, Patricia Camprodón, Gisela Sugranyes, Carla Torrent, Brisa Solé, Laura Montejo, Daniel Ilzarbe, Inmaculada Baeza, Soledad Romero, Josefina Castro-Fornieles. CIBESAM, Hospital Clínic de Barcelona, IDIBAPS.

RESUMEN:

Introducción:

La reserva cognitiva (RC) se define como la capacidad del cerebro para hacer frente a lesiones cerebrales. En el campo de la psiquiatría, niveles altos de RC han sido asociados con menor severidad de síntomas psicóticos y mayor rendimiento cognitivo, considerándose como un factor protector (Barnett et al. al., 2006; Amoretti et al., 2016). El objetivo de este estudio es comparar la RC de una muestra de adolescentes y adultos jóvenes de alto riesgo para esquizofrenia o trastorno bipolar (hijos de pacientes H-ESTB) con un grupo de controles sanos (CS). También se evaluará la asociación de la RC con variables clínicas y cognitivas.

Métodos:

85 H-ESTB y 45 CS. Se calculó la RC basada en el CI premórbido, los logros académicos, el nivel socio-ocupacional y las actividades sociales. Se realizó una evaluación clínica (síntomas prodrómicos, síntomas afectivos) y neuropsicológica (memoria de trabajo, Velocidad de procesamiento, memoria verbal, atención y funcionamiento ejecutivo).

Resultados:

La RC fue menor en el grupo H-ESTB que en el grupo CS ($F = 17.522$; $p < 0.001$). Además, se asoció con las siguientes variables clínicas en el grupo H-ESTB: síntomas prodrómicos negativos ($F = 9.269$; $p = 0.002$) y totales ($F = 7.290$; $p = 0.009$), manía ($F = 11.597$; $P < 0.001$) y depresión ($F = 12.761$; $p < 0,001$). La RC se asoció también a memoria de trabajo ($F = 9.738$; $p = 0.003$), velocidad de procesamiento ($F = 4.557$; $p = 0.037$) y memoria verbal [inmediata ($F = 6.999$; $p = 0.010$) y demorada ($F = 10.990$; $P = 0.002$)].

P6 “EN EL COLE ME DICEN QUE MI NIÑA NO HABLA”. A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES: Natalia de Sousa Figueiredo, Vanessa Fronda Salinas, Natalia Cancelo Zariquiey, Paula Antía Ozcáriz, Lidia Aranguren Conde, María Basteguieta Gardeazábal, Rebeca Hernández Antón. Centro de Salud Mental infanto-juvenil Sarriuren, Navarra

RESUMEN:

Introducción:

Un motivo de consulta habitual en los Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil proviene de la alarma suscitada ante determinados niños/as con comportamiento retraído, tendencia a la introversión y mutistas en el ámbito escolar.

Objetivos:

Aproximarnos al diagnóstico diferencial de timidez como rasgo temperamental y estados patológicos como el mutismo selectivo.

Metodología:

Exposición de un caso clínico y breve revisión de la literatura.

Resultados:

El mutismo selectivo, clasificado como un trastorno de ansiedad, se trata de un cuadro clínico poco frecuente pero importante, con un impacto negativo significativo si no es tratado. La timidez, por el contrario, constituye un rasgo frecuente que describe el sentimiento de aprehensión que experimenta una persona cuando se aproxima a otras o ante nuevas situaciones. Presentamos el caso de una niña remitida para evaluación diagnóstica por sospecha de mutismo selectivo. Desde el colegio, reseñan nula interacción con los profesores. No afectación del funcionamiento académico. Los padres no manifiestan preocupación, al verla integrada con pares y comunicativa en el espacio familiar. La madre se reconoce en la actitud de su hija en el colegio, señalando timidez aún perdurable.

Conclusiones:

La timidez se debe a un conjunto de factores hereditarios y del entorno de crianza, pudiendo ser un rasgo característico de la personalidad o también propio de ciertas etapas de la infancia. En cuanto a la relación existente entre timidez y mutismo selectivo, existen diferencias entre ambas, tanto a nivel de epidemiología como de incapacidad e interferencia en las actividades diarias.

P7 LA TELEMEDICINA EN TIEMPOS DE CORONAVIRUS. ¿UN CAMBIO EN NUESTRA FORMA DE TRABAJAR?.

AUTORES: Natalia de Sousa Figueiredo, Rebeca Hernández Antón, Eva Fernández Morán, Natalia Cancelo Zariquiey, Vanessa Fronda Salinas, Lidia Aranguren Conde, Paula Antía Ozcáriz, María Basteguieta Gardeazábal, Ángela Rosero Enríquez. Centro de Salud Mental infanto-juvenil Sarriguren, Navarra.

RESUMEN:

Introducción:

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) han favorecido la aparición de nuevas y más flexibles formas de trabajo que han permitido adaptarlo a situaciones excepcionales.

Objetivos:

Evaluar el uso de teletrabajo ante la alerta sanitaria por la epidemia del COVID-19 en España.

Metodología:

Exposición de varios casos clínicos en los que se ha realizado teletrabajo en un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil y breve revisión de la literatura.

Resultados:

La telemedicina es la prestación de servicios de asistencia sanitaria por medio de las TIC. Se presentan varios casos clínicos en los que se ha aplicado teleconsulta en la epidemia del COVID-19. En todos los casos se ha recogido una amplia información clínica que no hubiera sido posible obtener en un tiempo de consulta habitual. Ha permitido asegurar asistencia sanitaria a los que han precisado y garantizar continuidad de cuidados.

Conclusiones:

El teletrabajo supone una forma alternativa de trabajo en la práctica psiquiátrica. Posee inconvenientes como las limitaciones en los recursos, el riesgo de pérdida de confidencialidad y la ausencia física del paciente. No obstante, también implica una mejora en la asistencia a los pacientes y la eficiencia de los sistemas sanitarios ante situaciones excepcionales, pudiendo ayudar a solventar los nuevos desafíos a los que se enfrentan los sistemas de salud.

P8

SÍNDROME DE DIGEORGE O SÍNDROME VELO-CARDIO-FACIAL O SÍNDROME DE DELECIÓN 22Q11. A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES: Jiménez Bidón, Ana Maria; Mota Molina, Macarena; Bidón Díaz, Fátima. Hospital Infanta Elena, Madrid.

RESUMEN:

Introducción:

Síndrome DiGeorge se caracteriza por malformaciones cardíacas, dismorfismo facial, retraso del desarrollo con o sin discapacidad intelectual, trastornos conductuales, dificultades de locución, problemas de hipocalcemia y, en ocasiones, inmunodeficiencia¹. La prevalencia mundial estimada está entre 1/2.000 y 1/4.000 nacidos vivos¹.

Material y método:

Revisión de un caso de una adolescente de 14 años con seguimiento en psiquiatría desde hace dos años por alteración de las emociones y conducta.

Antecedentes:

Niega antecedentes personales médicos. Acudió a psiquiatría por dificultad en la autorregulación emocional y conductual, falta de control de impulsos con baja tolerancia a la frustración, frecuentes episodios de heteroagresividad verbal y/o físico hacia terceros, no autolesiones. Dificultad en el aprendizaje escolar.

Evolución:

Se pauta tratamiento psicofarmacológico y se deriva a psicología para psicoterapia individual y familiar. La evolución es desfavorable, aumentando la frecuencia e intensidad de estas alteraciones conductuales afectando a su funcionamiento personal, familiar, social y escolar. Por este motivo, además de observarse un fenotipo peculiar y dificultades de locución, se deriva a genética y neuropsicología. Se realizan las siguientes pruebas:

- Analítica y estudio metabólico: sin alteraciones-RM craneal y EEG: Sin alteraciones.
 - Array cGH: delección de un pequeño fragmento en la región q11.2 del cromosoma 22
 - Evaluación psicométrica WISC.IV:
 - Comprensión verbal: 68
 - Razonamiento perceptivo: 53
 - Memoria de trabajo: 75
 - Velocidad de procesamiento: 73
 - Coeficiente Intelectual Total: 66
- Diagnóstico: Síndrome DiGeorge

Resultados:

Gracias al abordaje multidisciplinar se pudo filiar el diagnóstico con mayor precisión y enfocar el plan de tratamiento abordando las diferentes manifestaciones clínicas.

Conclusiones:

Es importante observar todas las manifestaciones clínicas de una forma integral para un diagnóstico e intervención precoz, favoreciendo un desarrollo físico, cognitivo, emocional y social adecuado.

Bibliografía:

1. Dr Donna McDonald-McGinn, Dr Elaine Zackai. Syndrome de délétion 22q11.
2. Encyclopédie Orphanet pour professionnels. 2012.

P9 HIPERACTIVIDAD Y DIETAS LIBRES DE GLUTEN Y CASEÍNA: RESULTADOS DE DOS ENSAYOS CLÍNICOS CON 65 NIÑOS Y ADOLESCENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

AUTORES: Pablo José González Domenech; Ana Patricia Vázquez González; Francisco Díaz Atienza. Universidad de Granada.

RESUMEN:

Introducción y objetivos:

Dada la limitación en el tratamiento del autismo, muchas familias recurren a métodos alternativos como las dietas libres de gluten y caseína (DLGC). Los objetivos de este trabajo fueron evaluar el efecto de una DLGC en los síntomas nucleares y periféricos (hiperactividad) de los Trastornos del Espectro Autista (TEA).

Métodos:

Se realizaron dos ensayos clínicos cruzados aleatorizados a simple ciego, uno a 3 + 3 meses de seguimiento (n=28) y otro a 6 + 6 meses (n=37). Cada participante recibió durante una fase dieta normal (DN) y durante la otra, DLGC. Se dividió aleatoriamente cada muestra en 2 grupos: A (comenzó con DN) y B (comenzó con DLGC). Se realizaron tres evaluaciones: al inicio, tras la DN y tras la DLGC. En cada evaluación se cumplimentaron cuestionarios de conducta y autismo, de seguimiento de la dieta y se analizó la beta-casomorfina urinaria.

Resultados:

La muestra total (ambos estudios; n=65) presentó un rango de entre 2 y 18 años (edad media 8,3 años). Al inicio, los valores de beta-casomorfina fueron significativamente superiores ($p < 0.05$) en quienes mostraron puntuaciones elevadas en la sub-escala de hiperactividad de la escala ABC (Aberrant Behavior Checklist). Cuando se analizaron los 2 grupos (A y B) y las dos muestras (n=65) conjuntamente, se obtuvo un descenso (no significativo) de dichas puntuaciones tras la DLGC.

Conclusiones:

Una DLGC puede mejorar síntomas de hiperactividad en pacientes TEA seleccionados. Son necesarios futuros ensayos clínicos que incluyan marcadores bioquímicos y clínicos para definir mejor a los sujetos respondedores.

P10 LOCURA COMPARTIDA

AUTORES: Cristina María Lazo González, Gemma Gámiz Poveda y María Constanza Pacheco Santander. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

RESUMEN:

El trastorno psicótico compartido, también conocido como “Folie a deux”, es una condición caracterizada por la presencia de síntomas psicóticos similares en dos personas o más que mantienen una relación cercana. Generalmente, uno de los individuos (caso primario), sufre un auténtico trastorno psicótico y es el que induce en el otro la aparición de síntomas similares. A partir de la exposición de un caso clínico se realiza una revisión bibliográfica de la enfermedad. Paciente mujer de 12 años de edad, inicia contacto con Salud Mental por iniciativa de la madre, por ánimo decaído, que la paciente atribuye a sentirse desplazada por la familia. Se pauta tratamiento con fluoxetina. Posteriormente se objetiva respuesta parcial, angustia psicótica por miedo desproporcionado de que un sujeto pueda hacerle daño, alteraciones sensoperceptivas y pérdida de funcionalidad. Presenta conductas de riesgo como: dormir con cuchillos debajo de la almohada y realiza una ingesta medicamentosa, motivándose el ingreso en la unidad de agudos e inicio de tratamiento con risperidona. Se obtiene información de que la madre lleva dos años con ideas delirantes de perjuicio por parte de un hombre que supuestamente había entrado en el domicilio de una vecina. Tras el ajuste de tratamiento y la separación de la madre durante el ingreso, la paciente presenta importante mejoría clínica. Para realizar el diagnóstico de esta enfermedad es imprescindible que al menos dos personas compartan las mismas ideas delirantes y que entre ellas mismas se respalden. Los niños y adolescentes involucrados se encuentran en una situación de riesgo debido a su vulnerabilidad, por lo que un diagnóstico pertinaz es muy importante para realizar un abordaje terapéutico lo antes posible.

P11 PUBERTAD ¿FACTOR DE RIESGO EN LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA?

AUTORES: Navarro Morejón, Lorena; Casanova Gracia, Natalia; Díaz Melián, Desireé; Paz López, María; Calles Marbán, Raquel; Díaz Marrero, Goretti; Delgado García, Patricia; Balsa García, María; Tejera Álvarez, Silvia. Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife

RESUMEN:

Los cambios físicos que acompañan a la pubertad han sido identificados como factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA), encontrándose algunas características relacionadas con el género, especialmente en mujeres. Dos factores relevantes en relación a la pubertad y la salud mental son: la edad de inicio de la pubertad y el estado puberal, siendo determinante en las mujeres, la edad de la primera menstruación (menarquia).

Los TCA se han asociado con la madurez temprana, ya que un aumento de índice de masa corporal y los cambios en la silueta que se asocian con la menarquia, puede llevar a las jóvenes a involucrarse en dietas severas, reportándose también altos índices de insatisfacción con la imagen corporal y baja autoestima. El mecanismo que sustenta esta relación aún no queda claramente definido, debido a la concurrencia de cambios físicos y una cascada de cambios en lo personal, social y emocional.

Hay estudios que abordan el origen desde distintas perspectivas: desde un enfoque biológico por el cambio hormonal; hasta un enfoque psicológico que estudia la falta de control en las emociones, que puede conducir a presentar problemas de asertividad, baja autoestima, así como autocrítica severa. También, desde el punto de vista social, hay autores argumentan que en la etapa prepuberal los jóvenes enfrentan cambios importantes en su entorno social cuando aún no tienen los recursos cognoscitivos, ni emocionales para enfrentarlos.

P12 DUELO E INFANCIA

AUTORES: María José Velasco Blanco, Marina Bibiloni Martínez, Ana Candil Cano, Teresa Linares Andrés, Leonardo Santamaría Vázquez. Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

RESUMEN:

Paciente de 5 años de edad cuando es derivado por pediatra a Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil (USMCIJ). La cita fue solicitada por su madre de 26 años, con el motivo de consulta de “solicitud de ayuda para afrontar y explicar a sus hijos la nueva situación familiar”. Tres meses antes de esta consulta, el padre biológico (28 años) del paciente había sufrido una parada cardiorrespiratoria (secundaria a una miocardiopatía hipertrófica) con hipoxia cerebral y resultado en una situación de coma en la que a día de hoy se mantiene. Este accidente supone la pérdida brusca de la figura paterna en el paciente y sus dos hermanos (una niña de 6 años un niño de 15 meses) junto con la reestructuración de su dinámica familiar. Desde que el padre sale del hospital, la familia biológica del mismo lo desplaza al domicilio familiar y el paciente junto con su madre y hermanos cambian de población para ir a vivir con la familia materna (abuelos maternos y un tío soltero materno). Además, se ven obligados a realizar un cambio de colegio repentino con la consecuente pérdida de amistades y entorno seguro y nuevo proceso de adaptación a otro centro. En una primera valoración, es dado de alta con exploración psicopatológica dentro de la normalidad y sin objetivarse clínica que precisase seguimiento por Salud Mental. Tres años más tarde, es remitido de nuevo a la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) a petición del centro escolar, aportando informe de psicología y pedagogía del centro donde describen una serie de tics motores en el paciente que, les sugieren, la posibilidad de que el mismo presente un síndrome de Asperger versus un síndrome de Guilles de la Tourette. Desde esta primera consulta y valoración, se observa como se trata de un niño extremadamente afectivo y con un contacto excelente, por lo que se descarta la posibilidad de síndrome de asperger. Tampoco presenta otros componentes que hagan sospechar la posibilidad de un Guilles de la Tourette como la causa de sus tics motores. Impresiona que los mismos son somatizaciones secundaria a un estado de ansiedad perpetuado en el tiempo resultado de un duelo no elaborado o traumático ante la pérdida brusca de una de sus figuras de apego fundamentales. A ello se añade la imposibilidad del niño de realizar visitas a su padre (por negación de familia paterna) y de conocer su evolución, lo que está complicando el proceso. Además, por otro lado, su madre establece una nueva relación de pareja, que se ha trasladado al domicilio familiar con el paciente y hermanos y que ha supuesto un factor añadido en la dificultad de procesamiento del duelo en el paciente. Durante los cinco meses de terapia activa, con visitas quincenales del paciente, se han trabajado aspectos relacionados con el procesamiento del duelo, la aceptación de la nueva situación, los roles familiares... se ha potenciado el vínculo terapéutico y hemos conseguido una mejoría en cuanto a la capacidad de expresión de emociones por parte del niño, entrando, quizás, en las primeras fases de elaboración del camino hacia un duelo sano.

P13 SÍNDROME DE WEIDEMANN-STEINER: ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LAS ALTERACIONES NEUROPSIQUIÁTRICAS

AUTORES: María Pilar Rivera Moya, Anna Huguet Miguel, Anna Castán Campanera, Noret Cornudella Solans, Alicia Sánchez Ardanuy, Elisabeth Torrent Muñoz, Miriam Pla Arrebola, María Lourdes Beneria Farrero, Vanessa Pera Guardiola, Pere Verges Balasch. Hospital Sant Joan de Déu de les Terres de Lleida, Lérida.

RESUMEN:

El síndrome de Weidemann-Steiner (WDSTS) es un trastorno genético causado por la mutación del gen KMT2A, herencia autosómica dominante o mutaciones de novo. Se estima que la prevalencia es $<1/1.000.000$ niños. Han sido documentados 26 casos en el mundo. Se manifiesta mediante múltiples anomalías congénitas, caracterizado por talla baja, dismorfia facial, retraso del desarrollo y discapacidad intelectual moderada. Se asocia con trastorno de conducta, trastorno del espectro del autismo (TEA) y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

El objetivo de este trabajo es describir el caso de una paciente de 8 años diagnosticada de WDSTS, mutación de novo. Biopsia corial normal. APGAR 7/8, reanimación por aspiración de líquido meconial. Bebé hipotónico. Marcha a los 21 meses, control de esfínteres y lenguaje a los 6 años.

Fenotípicamente: microcefalia, talla baja, hipertriosis, hipertelorismo, epicantus, pestañas largas, puente y punta nasal anchos, filum plano, labio superior fino, dientes pequeños y paladar ojival. Asocia retraso global del desarrollo, discapacidad intelectual y alteración de conducta con rasgos TEA. Discapacidad del 60%. Realiza seguimiento en el Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil: psicología, terapia ocupacional y psiquiatría. También en neurología y tratamiento de logopedia y fisioterapia. A nivel psicofarmacológico se ha realizado el siguiente abordaje: melatonina, sertralina (aumento de irritabilidad), aripiprazol (nula respuesta). Actualmente con risperidona. Persisten estereotipias, hiperkinesia, labilidad atencional, impulsividad, agresividad, desorganización conductual y nula percepción del peligro. Se continúan trabajando estos aspectos desde un enfoque multidisciplinar, progresivamente va disminuyendo la sintomatología.

P14 AUTISMO INFANTIL EN EL SÍNDROME DE COFFIN-SIRIS, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

AUTORES: Marc Agraz, Miquel Sisteré. Hospital Universitario de Santa María, Lérida.

RESUMEN:

AUTISMO INFANTIL EN EL SÍNDROME DE COFFIN-SIRIS, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

El síndrome de Coffin-Siris (SCS) es un trastorno genético congénito multisistémico raro. Presentamos un caso clínico de una paciente diagnosticada genéticamente de la SCS. El objetivo de exponer este caso es debatir sobre la probable asociación entre algunas variantes de la SCS y el autismo infantil.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 17 años en seguimiento psiquiátrico desde los 6 años por alteraciones conductuales graves. Embarazo con diabetes gestacional, parto distócico. Hipotonía al nacer. Retraso del desarrollo psicomotor y pondoestatural. Enuresis primaria. Evita el contacto ocular, gestos faciales repetitivos. Intereses restringidos. Alteración en el juego simbólico.

MOTIVO DE CONSULTA:

Alteración conductual

EXPLORACIÓN FÍSICA (a los 10 años):

Dismorfismo facial y anomalías fenotípicas de manos y pies.

PSICOPATOLOGÍA:

Alteraciones comportamentales graves, conductas estereotipadas autolesivas, heteroagresividad verbal y física. Retraso mental leve (CI 50-70). Síntomas obsesivos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Análisis genético molecular de genes potencialmente causantes [Cr. 13q alterado].

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS:

varios signos clínicos principales y al menos un signo menor + análisis genético molecular. **ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA:** Síndrome de Coffin-Siris.

TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO:

sintomático como regulador de las conductas desorganizadas: Aripiprazol 10mg/día + Haloperidol 2mg/día.

DISCUSIÓN:

Este caso clínico permite discutir sobre la asociación entre ciertas variantes de la SCS y el autismo. El diagnóstico inicial de la SCS presuntivo se basa en la observación clínica detectando el fenotipo dismorfofóbico característico para, posteriormente, filiar genéticamente mutaciones de novo potenciales. Existen variantes alélicas genómicas que presentan mayor asociación con el espectro autista.

P15 PANDAS: PEDIATRIC AUTOIMMUNE NEUROPSYCHIATRIC DISORDER ASSOCIATED WITH STREPTOCOCCUS

AUTORES: Sofía García Sánchez, Isabel Fernández Montes Rodríguez. USMIJ Algeciras.

RESUMEN:

La incidencia de enfermedades inflamatorias asociadas a infecciones por estreptococos en la edad pediátrica, son estudiadas por ser muy frecuentes, dentro de las más usuales tenemos: la fiebre reumática, la artritis reactiva posestreptocócica, el eritema nudoso y la glomerulonefritis posestreptocócica y recientemente un subtipo de trastorno obsesivo compulsivo asociado con la presencia de estos gérmenes, al cual se le ha denominado con el acrónimo de PANDAS.

El acrónimo PANDAS del inglés, pediatric Autoimmune neuropsychiatric disorder associated with streptococcus) hace referencia a un grupo de trastornos neuropsiquiátricos asociados a una infección por estreptococo betahemolítico del grupo A (SBHGA). Criterios para el diagnóstico de PANDAS:

- 1-Presencia de un trastorno obsesivo- compulsivo y/ o tics (por criterios del DSM-IV).
- 2-Edad de comienzo entre los 3 años y la adolescencia.
- 3-Curso episódico (inicio brusco de los síntomas, seguido por una remisión gradual y posterior ausencia hasta la reaparición brusca de los síntomas).
- 4-Presentación de infección por estreptococo betahemolítico del grupo A (determinado por un cultivo faríngeo o elevación de títulos de anticuerpos antistreptocócicos).
- 5-Examen neurológico anormal (hiperactividad motora, trastornos del movimiento (movimientos coreiformes y tics)) durante la recaída.

Durante las exacerbaciones estos niños presentan otros trastornos como trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad por separación, trastorno oposicional desafiante y particularmente trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Hoy en día existe controversia sobre si es una entidad clínica o no. El PANDAS no está contemplado en las CIE 10 ni en el DSM-V, actualmente el diagnóstico de PANDAS continúa siendo un reto para los profesionales que con frecuencia asisten a pacientes con movimientos involuntarios y alteraciones conductuales en edades pediátricas. Las controversias se mantienen, pero si existe consenso que un diagnóstico oportuno y una intervención adecuada puede evitar repercusiones irreversiblemente en la salud del paciente. De lo anterior se infiere la importancia de continuar la caracterización de los síntomas y signos de los pacientes con esta afección que contribuiría a perfeccionar los criterios diagnósticos teniendo en cuenta que la clínica es el mejor instrumento hasta la fecha para su diagnóstico.

Por ello pretendemos realizar una revisión teórica del síndrome, una caracterización diagnóstica, evaluación y tratamiento a través de diversos ejemplos.

P16 EXPERIENCIA CLÍNICA DE LA HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA INFANTOJUVENIL EN UN HOSPITAL GENERAL

AUTORES: Paloma Sánchez Romero. José Mateo Pacheco Pérez. Isabel María Moya Sáez. Hospital Nuevo de la Línea de la Concepción, Cádiz.

RESUMEN:

En el siguiente estudio descriptivo nos proponemos analizar el conjunto de pacientes menores de edad que han requerido ingreso hospitalario en el último año a cargo de salud mental, como forma de tratamiento intensivo en casos graves cuyas crisis agudas no pudieron ser resueltas de manera ambulatoria. Dado el pequeño tamaño de la muestra y lo heterogénea de ésta, nos limitaremos a analizar el motivo de ingreso, la naturaleza de la patología y las intervenciones realizadas en nuestra área, en la que no contamos con unidad específica hospitalaria de salud mental infantil. Para ello se han revisado las historias clínicas de salud mental de todos los pacientes menores de 18 años que requirieron ingreso hospitalario en el pasado año 2020. Finalmente comentaremos los resultados y las conclusiones alcanzadas.

P17 ESTADO MENTAL DE ALTO RIESGO EN UN ADOLESCENTE CON SINTOMATOLOGÍA PSICÓTICA ATENUADA.

AUTORES: González, I; Vizcaíno, S; Lillo, MC. USMIJ Jerez de la Frontera, Cádiz.

RESUMEN:

OBJETIVOS:

Observación de la evolución de un caso de estado mental de alto riesgo (EMAR) con sintomatología psicótica atenuada. Establecimiento de bases para el estudio de variables relacionadas con el desarrollo de sintomatología de corte psicótico en la adolescencia.

MÉTODO:

Descripción de caso clínico.

RESULTADOS:

Paciente de 12 años que comienza seguimiento en USMIJ en febrero de 2021. Comienza a consultar por aparición de ideación persecutoria, sintomatología alucinatoria visual en forma de luces y sombras y alucinaciones auditivas de perjuicio y contenido despreciativo. Prevalece crítica parcial ante dicha sintomatología, realizando razonamientos adecuados y con adecuada conciencia de patología.

CONCLUSIONES:

La observación de sintomatología psicótica atenuada en la adolescencia hace necesario el seguimiento de su evolución y el abordaje multidisciplinar que permita abarcar la patología desde un marco amplio. Es necesario el estudio sobre la evolución de la presente sintomatología en adolescentes para determinar riesgo de desarrollo de diagnósticos relacionados con psicosis.

P18 PROCESO ADAPTATIVO EN UN ADOLESCENTE TRANSGÉNERO.

AUTORES: González, I; Vizcaíno, S; Lillo, MC. USMIJ Jerez de la Frontera, Cádiz.

RESUMEN:

OBJETIVOS:

Observación del proceso adaptativo de un adolescente transgénero, atendiendo a la sintomatología desarrollada durante el cambio en su identidad de género. Presentación de bases para el estudio de la posible sintomatología desarrollada en pacientes transgénero durante su proceso de transición.

MÉTODO:

Descripción de caso clínico.

RESULTADOS:

Paciente de 17 años que comienza seguimiento en USMIJ en noviembre de 2020. Comienza a consultar por aparición de sintomatología ansioso-depresiva con afectación del funcionamiento académico, social y familiar. El aislamiento, la ansiedad social y preocupaciones relacionadas con el no cumplimiento de expectativas familiares se convierten en el foco de las consultas. La aparición del cuadro tiene lugar tras la decisión de comenzar un proceso de transición de género y preparación para cirugía de cambio de sexo, esta última intervención no llega a realizarse por decisión del paciente. Se mantiene una identidad de género fluida.

CONCLUSIONES:

El seguimiento de pacientes en proceso de transición de género permite el abordaje de dificultades encontradas durante el mismo, normalmente debidas a complicaciones en la adaptación personal y del entorno y a la necesidad de romper con anteriores roles impuestos. El adecuado abordaje de pacientes que presenten patología de salud mental durante el proceso de cambio de género necesita del estudio de dicho proceso de transición y de los estresores relacionados.

P20 TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE PERSONALIDAD (TEP) EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA. A PROPOSITO DE UN CASO.

AUTORES: Sagarra Arruego R, Crespo Generelo T, Bianchi Ramos F, Hernández Barrera M, Moreno Ortega M, Voces Domingo V, Vicente García E. Hospital Universitario de Móstoles, Madrid.

RESUMEN:

Introducción:

en los últimos años existe un creciente interés sobre el TEP infantil, entidad que causa confusión con otros diagnósticos.

Material y métodos:

se presenta de un caso clínico de un adolescente y se realiza una búsqueda bibliográfica sobre el TEP en la infancia para apoyar su diagnóstico.

Objetivos:

incluir el TEP en el diagnóstico diferencial de niños y adolescentes con sintomatología atípica de TEA o TDAH.

Resultados:

Adolescente de 17 años diagnosticado de trastorno generalizado del desarrollo (TDG), TEA, TDAH y Gilles de la Tourette. En los últimos meses la clínica se centra en episodios de desrealización y despersonalización, ansiedad social, pensamiento mágico y autorreferencial, percepciones auditivas (voces) y visuales (monstruos) que dibuja reduciendo su angustia. En la literatura científica encontramos que es frecuente la superposición fenotípica con el autismo en cuanto a la deficiencia de funciones ejecutivas, comportamientos sociales y lenguaje. Se ha observado comorbilidad con problemas relacionados con la atención. La explicación científica a esto radica en la alteración sobre la Red Neuronal por Defecto y la Red de Control Ejecutivo. Impresiona de ser un trastorno del neurodesarrollo en lugar de emerger de novo en la adolescencia. Se consideran factores de riesgo potenciales el trauma y abuso infantil, la genética y los antecedentes familiares de psicosis. Existe alto riesgo de desarrollar una psicosis.

Conclusiones:

La revisión diagnóstica en niños así como el seguimiento por Salud Mental de los adolescentes con TEP es fundamental para la prevención temprana de la psicosis en jóvenes.

P21 TRASTORNO PSICÓTICO BREVE/TRASTORNO PSICÓTICO AGUDO Y TRANSITORIO EN UNA ADOLESCENTE

AUTORES: Auxiliadora Molina García. Centro de Salud Mental de Parla, Madrid.

RESUMEN:

PALABRAS CLAVE: Psicosis, adolescencia, primer episodio psicótico

INTRODUCCIÓN:

El Trastorno psicótico breve/Trastorno psicótico agudo y transitorio se caracteriza por la presencia de delirios, alucinaciones, discurso desorganizado o comportamiento psicomotor muy anómalo, de inicio brusco y duración corta (no excediendo de 1 mes, según DSM-V, o de los 3 meses, según CIE-11). Poco se conoce sobre su epidemiología debido a que la incidencia es muy baja y existen variaciones en la clasificación del trastorno en los diferentes países. Es más frecuente en el sexo femenino. En cuanto a su patogénesis, los datos son escasos, aunque los eventos traumáticos o estresantes en el período inmediatamente precedente han sido implicados en casos de Trastorno psicótico breve/Trastorno psicótico agudo y transitorio. A veces no está claro si el factor estresor puede actuar como un precipitante o como una consecuencia de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se presenta el caso clínico de una menor de 13 años de edad que acude al Centro de Salud Mental (CSM) tras ser dada de alta de un ingreso hospitalario. No existían antecedentes psiquiátricos personales ni familiares. La clínica que presentaba consistía en la aparición brusca de síntomas psicóticos, preocupaciones somáticas desmesuradas, autorreferencialidad, asociaciones laxas y posible ideación sobrevalorada o delirante con miedos inespecíficos y alteraciones sensorio-perceptivas, discurso desorganizado, acompañado de importante repercusión emocional y conductual. Se realizaron pruebas diagnósticas de laboratorio y de imagen, con el fin de realizar un adecuado diagnóstico diferencial con patología orgánica, obteniendo resultados dentro de la normalidad. Los padres y la menor identificaban como factor estresor, y punto de partida de la sintomatología, la aparición, unos días antes, de angustia y preocupación de haber sido acusada de realizar bullying. En CSM se mantuvieron entrevistas individuales y familiares. La menor realizó tratamiento con un fármaco antipsicótico (Aripiprazol).

RESULTADOS:

Durante el tiempo de seguimiento en el CSM, la adherencia y respuesta al tratamiento farmacológico fue muy buena, observándose una evolución clínica favorable. La sintomatología remitió en unas pocas semanas, con una duración de menos de un mes. Tras 15 meses de tratamiento, se inició dosis descendente del fármaco antipsicótico, con suspensión definitiva a los 3 meses, manteniendo estabilidad clínica y sin reaparición de sintomatología psicótica ni empeoramiento.

CONCLUSIONES:

En el Trastorno psicótico breve/Trastorno psicótico es prioritario realizar el diagnóstico diferencial con cuadros orgánicos o médicos, otros trastornos mentales con sintomatología psicótica y descartar consumo de tóxicos. El inicio en el menor tiempo posible de un tratamiento farmacológico adecuado es imprescindible para obtener remisión de sintomatología y una evolución clínica favorable.

P22 MANIFESTACIONES TEMPRANAS DE TDAH EN NIÑOS NACIDOS TRAS AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO.

AUTORES: Laura Campos-Berga, Farah Ghosn, Pablo Navalón, Belén Almansa, Rosa Sahuquillo-Leal, Alba Moreno-Giménez, Elena Serrano-Lozano, Vicente Diago, Máximo Vento, Ana García-Blanco. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Hospital UyP La Fe, Valencia.

RESUMEN:

Introducción/Objetivo:

La prematuridad representa un factor de riesgo para los Trastornos del Neurodesarrollo, incluyendo el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Sin embargo, la amenaza de parto prematuro (APP) como evento estresante per se, aun con nacimiento a término, puede tener efectos adversos en el neurodesarrollo, ya desde las primeras etapas. El objetivo del estudio es evaluar la presencia de síntomas de TDAH en niños nacidos tras una APP en comparación con niños nacidos a término sin complicaciones.

Métodos:

Se trata de un estudio longitudinal prospectivo de cohorte, con seguimiento desde el momento del diagnóstico de APP hasta los 30 meses de edad corregida del niño/a, con un total de 111 parejas de madres-hijos. Un grupo control de 47 parejas de madres-hijos completan la muestra. Los niños/as fueron evaluados a los 30 meses de edad con la escala Conners Early Childhood Global Index – Parents Form (Conners EC).

Resultados:

Controlando por prematuridad, el análisis de covarianza revela que el grupo de niños APP muestra más síntomas de TDAH que el grupo control a los 30 meses, independientemente del momento de nacimiento.

Conclusiones:

Este estudio aporta evidencia acerca del papel de la APP como posible factor de riesgo para desarrollar TDAH, con independencia de la prematuridad. Estos hallazgos resaltan la importancia de realizar programas de detección y atención precoz en niños cuyas madres sufrieron una APP durante el embarazo para permitir así intervenciones tempranas en niños con sintomatología TDAH significativa.

P23 DISFORIA DE GÉNERO Y RASGOS LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES: Joana Gonçalves Cerejeira, Beatriz Mongil, Isabel de la Montaña Santos Carrasco, María Queipo de Llano, Abril Gonzaga, Guillermo Guerra, Teresa Jiménez Aparicio, Celia de Andrés Lobo, Carmen Valecillo. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

La disforia de género es una entidad clínica caracterizada por la disconformidad sentida cuando la identidad de género no concuerda con su sexo biológico. Una de las principales entidades con las que hay que realizar diagnóstico diferencial es con el trastorno límite de la personalidad.

OBJETIVOS:

Presentar un caso clínico de un paciente diagnosticado actualmente de rasgos límite de la personalidad y de disforia de género.

MÉTODOS:

Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura.

RESULTADOS:

Paciente de 18 años, que actualmente se identifica como chico, adoptado, de sexo biológico femenino (XX). Cuenta con antecedentes psiquiátricos desde los 15 años, iniciando seguimiento a raíz de conductas autolesivas de repetición. Preciso dos ingresos en nuestra unidad de hospitalización psiquiátrica infantojuvenil por gestos autolíticos. Hace un año inició seguimiento en nuestra consulta de disforia de género al no sentirse identificado con su sexo biológico, manifestando su deseo de recibir tratamiento hormonal para adquirir características fenotípicas masculinas y reconociendo restricción de las ingestas para mantener amenorrea y para mitigar rasgos corporales femeninos. Diagnosticado actualmente de fobia social, de trastorno adaptativo, de rasgos límite de la personalidad y de disforia de género.

CONCLUSIONES:

La disforia de género es una entidad clínica compleja que puede solaparse con determinadas alteraciones psiquiátricas, tales como los rasgos límite de la personalidad. Ambas condiciones se relacionan con un desajuste en la construcción de la identidad.

P24 ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON SÍNDROME DE RIESGO DE PSICOSIS: ESTUDIO PRELIMINAR

AUTORES: Inmaculada Baeza, Elena de la Serna, Olga Puig, Gisela Sugranyes, Adriana Fortea, Jordina Tor, Daniel Muñoz-Samons, Marta Rodríguez-Pascual, Montserrat Dolz. Hospital Clínic de Barcelona, IDIBAPS; CIBERSAM y Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.

RESUMEN:

La adherencia a la dieta mediterránea (DM) reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares y parece que se asocia a menores tasas de algunos problemas de salud mental.

Objetivo:

Evaluar la adherencia a la DM en niños y adolescentes que cumplen criterios de Síndrome de Riesgo de Psicosis (SRP) y compararla con controles.

Metodología:

Dentro del estudio longitudinal Child and Adolescent Psychosis Risk Syndrome (CAPRIS) realizado en los hospitales Clínic y Sant Joan de Déu de Barcelona, se incluyeron 28 pacientes SRP y 45 controles sanos, quienes cumplimentaron el cuestionario KIDMED (Serra-Majem et al, 2004), que evalúa con 16 preguntas aspectos de la DM. Existen 3 categorías de adherencia (buena, media y baja), según las puntuaciones ≥ 8 , 4-7, y ≤ 3 .

Resultados:

Los pacientes ($15,1 \pm 1,7$ años, 71,4% chicas) y controles ($15,3 \pm 1,5$ años, 42,2% chicas) no presentaban diferencias en edad, pero sí en sexo ($X^2=5,917$, $p=0,014$). Las puntuaciones medias del cuestionario fueron $4,5 \pm 2,9$ en pacientes vs. $7,2 \pm 2,4$ en controles ($t=-4,252$, $p<0,001$). En pacientes, 22,2% presentaban buena adherencia a la DM, 44,4% media, y 33,3% pobre, comparada con 46,9%, 49% y 4,1% en los controles, respectivamente ($X^2=13,154$, $p<0,001$).

Conclusiones:

En el primer estudio sobre la adherencia a la DM en adolescentes con SRP, éstos presentaban una peor adherencia que los controles de la misma comunidad. Ello podría reflejar una peor ingesta nutricional y repercusión a nivel cerebral y de salud mental, consistente con los escasos estudios previos sobre una peor adherencia a la DM en esquizofrenia.

P25 ¿EXISTE UNA ALTERACIÓN EN EL EJE HIPOTÁLAMO-HIPÓFISO-ADRENAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON SÍNDROME DE RIESGO DE PSICOSIS?

AUTORES: Inmaculada Baeza, Elena de la Serna, Olga Puig, Gisela Sugranyes, Ramon Deulofeu, Daniel Ilzarbe, Jordina Tor, Daniel Muñoz-Samons, Marta Rodríguez-Pascual, Montserrat Dolz. Hospital Clínic de Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM y Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.

RESUMEN:

El modelo de vulnerabilidad-estrés de la psicosis sugiere que el estrés puede activar el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HPA).

Objetivo:

evaluar los niveles de hormonas del eje HPA en niños y adolescentes que cumplen criterios de SRP y compararlos con controles sanos.

Metodología:

Dentro del estudio longitudinal Child and Adolescent Psychosis Risk Syndrome (CAPRIS) realizado en los hospitales Clínic y Sant Joan de Déu de Barcelona, se incluyeron a nivel basal 81 pacientes SRP y 67 controles sanos. Se midieron los niveles de hormona adrenocorticotropa (ACTH) y cortisol en suero, así como cortisol en saliva matinal en 3 ocasiones (8, 8.30h y 9h de la mañana).

Resultados:

Los pacientes ($15,2 \pm 1,7$ años, 75,3% chicas) y controles ($15,5 \pm 1,7$ años, 49,3% chicas) no presentaban diferencias en edad, sí en sexo ($X^2=510,742$, $p<0,001$). Los niveles de ACTH ($24,3 \pm 16$ vs. $21 \pm 14,7$ pg/mL) y cortisol en suero ($13,4 \pm 4,7$ vs. $15,2 \pm 10,9$ µg/dL) no se diferenciaron significativamente entre las muestras. Respecto al cortisol en saliva, el de las 8h fue significativamente distinto entre pacientes y controles ($3,4 \pm 1,8$ vs. $4,4 \pm 2,7$, $t=2,262$, $p=0,026$), pero no en las otras medidas ni cuando se calculó el área bajo la curva de las 3 determinaciones.

Conclusiones:

En adolescentes con SRP podría existir una alteración en el eje HPA, mostrándose en menores niveles de cortisol en saliva a las 8h de la mañana, aunque no representaría el cortisol al despertar. Se necesitan más estudios para ampliar el conocimiento sobre el papel del cortisol en el riesgo de psicosis.

P26 DESCRIPCIÓN Y COMPARACIÓN DE LA ACTIVIDAD REALIZADA DENTRO DEL PROGRAMA DE SOPORTE A LA PRIMARIA DESDE UN CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL ANTES Y DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19.

AUTORES: Rosalía Díaz Bóveda, Jara López Serrano, Rosa María Calvo Escalona. Hospital Clínic de Barcelona.

RESUMEN:

Introducción:

Dentro del Programa de Soporte a la Primaria (PSP), el profesional referente es un Psicólogo Clínico perteneciente al Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) que se desplaza al Centro de Atención Primaria (CAP), teniendo una doble función: formativa-apoyo técnico (espacios de interconsulta y sesiones formativas) y terapéutica-asistencial (detección y derivación de personas con psicopatología que requieren un abordaje especializado y atención psicoterapéutica breve en casos leve-moderados desde el CAP).

Objetivo:

- 1) descripción de la actividad realizada dentro del PSP del CSMIJ del Hospital Clínic en tres barrios del distrito del Eixample.
- 2) Comparación de esta actividad entre dos periodos: el año anterior a la aparición de la pandemia por Covid-19 en España (Marzo de 2019 a Marzo de 2020) con el año que se ha seguido a la aparición de ésta (Abril de 2020 a Marzo de 2021).

Método:

Se extrajeron los siguientes datos: número total de primeras visitas, visitas sucesivas e interconsultas realizadas en los dos periodos descritos. Resultados: se realizaron un total de 333 primeras visitas, 243 visitas sucesivas y 170 interconsultas durante el periodo pre-pandemia, frente a 227 primeras visitas, 176 visitas sucesivas y 191 interconsultas durante el año posterior.

Conclusiones:

Nuestros datos señalan un decremento en la atención dentro del PSP durante el año que se ha seguido a la aparición de la Covid-19 en comparación con el año pre-pandemia. Sin embargo, se observa un incremento en el número de interconsultas realizadas por los profesionales de atención primaria a los referentes del programa.

P27 TODO SOBRE MI MADRE: A PROPÓSITO DE UN CASO DE TRASTORNO PSICÓTICO COMPARTIDO

AUTORES: María Pilar Calvo Rivera, María Isabel Navarrete Páez, Mónica Miñano Meneres. Hospital Reina Sofía, Córdoba.

RESUMEN:

“Todo sobre mi madre”: a propósito de un caso de psicosis compartida

Antecedentes personales:

Mujer de 15 años. Menor de 4 hermanos. Padres divorciados. No antecedentes previos de salud mental ni orgánicos.

Anamnesis:

Acude acompañada por su madre por cuadro de alteración conductual (inquietud, insomnio, ideación paranoide y pseudoalucinaciones auditivas). Los síntomas comienzan hace una semana tras ruptura de relación que al parecer la madre no toleraba.

La madre rechazó ingreso hospitalario.

Exploración psicopatológica:

Consciente, orientada y parcialmente colaboradora. Suspica. Discurso empobrecido. Irritabilidad. Alucinaciones auditivas de contenido erotomaniaco. Ideación paranoide. Insomnio global. Juicio de realidad alterado.

Evolución:

Abandono del seguimiento. Finalmente la paciente ingresa de urgencias en unidad de hospitalización por desorganización conductual. La sintomatología remite en 48 horas. Por riesgo de abandono del seguimiento se informa a la madre de la obligatoriedad de asegurarlo.

En consulta muestran una actitud minimizadora y suspica. La madre mediatiza el discurso, verbalizando que todo el pueblo está en su contra, infiriéndose ideación paranoide. La menor no acude a clase. Se realiza WISC-V con CIT de 56. Se deriva el caso a Servicios Sociales. La menor mejora en funcionalidad social, disminuye dependencia materna.

Juicio clínico:

Retraso mental leve (F70.0) Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia (F23.0) (probable trastorno psicótico compartido)

Discusión:

El trastorno psicótico compartido se manifiesta en un individuo que tiene una relación excesivamente cercana con otra persona que presenta delirios. Ambos llevan una relación asimétrica. Se aíslan de su ambiente. Las intervenciones pueden ser difíciles de llevar a cabo.

P28 ¿ES NECESARIA LA PSIQUIATRÍA INFANTIL DE ENLACE CON NEUROPEDIATRÍA?

AUTORES: Pérez Moreno MR., Pelaz Antolín A., de Santos Moreno, T., García Ron A., Tur Salamanca N. Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

La psiquiatría infantil de enlace se encarga de realizar evaluaciones de pacientes a petición de otros especialistas hospitalarios.

OBJETIVOS:

Conocer las especialidades médicas que con más frecuencia solicitan interconsulta psiquiátrica infantil en las consultas externas de un Hospital General y describir el motivo de consulta predominante.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio descriptivo consultando los registros de actividad de las consultas externas hospitalarias de la Unidad de Niños y Adolescentes del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Clínico San Carlos cuyas agendas estaban abiertas a pacientes de 2 a 17 años, desde el año 2013 al 2016. Se seleccionaron todos los pacientes que acudieron de manera consecutiva a una primera consulta y se revisó tanto la fuente de la derivación como el motivo de la consulta.

RESULTADOS:

Se atendieron un total de 180 pacientes, de los que 126 fueron derivados desde alguna especialidad médica hospitalaria. La procedencia de la derivación predominante fue la consulta de Neuropediatría, en el 42,8 % de los casos. El motivo de consulta más frecuente fueron los Trastornos del Neurodesarrollo.

CONCLUSIONES:

La Psiquiatría Infantil de enlace con Neuropediatría parece ser necesaria por el elevado porcentaje de casos derivados desde esta especialidad.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Thapar A, Cooper M, Rutter M. Neurodevelopmental disorders. Lancet Psychiatry. abril de 2017;4(4):339-46.
2. Garralda ME, Slaveska-Hollis K. What is special about a Paediatric Liaison Child and Adolescent Mental Health service? Child Adolesc Ment Health. mayo de 2016;21(2):96-101.

P29 IMPACTO DEL TRAUMA SOBRE COGNICIÓN EN TRASTORNOS AFECTIVOS DE INICIO TEMPRANO (TAiT).

AUTORES: Renzo Abregú-Crespo MsC, Jessica Merchán-Naranjo PhD, Miriam Ayora MD, Nuria Martín MsC, Covadonga Martínez Díaz-Caneja PhD, Carmen Moreno Ruíz PhD. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

RESUMEN:

Introducción:

Los Trastornos Afectivos de inicio Temprano (TAiT) incluyen Trastorno Bipolar (TB) y Trastorno Depresivo Mayor (TDM) antes de los 18 años. No hay estudios previos que analicen las consecuencias de la exposición a situaciones traumáticas sobre la capacidad cognitiva en esta población. Nuestro objetivo es comprobar la posible influencia del trauma sobre la cognición de sujetos con TAIiT.

Metodología:

Se reclutaron pacientes con TAIiT atendidos en el IPSM Gregorio Marañón y que cumplieran criterios DSM-5 para TB y TDM. La exposición a trauma fue evaluada con el cuestionario CTQ y bullying fue medido con Escala de Victimización. La evaluación neuropsicológica incluyó capacidad intelectual, atención, solución de problemas y control inhibitorio. Se comparó el rendimiento cognitivo de sujetos expuestos y no-expuestos a trauma (maltrato y bullying). Se utilizó U de Mann-Whitney para estas comparaciones con la versión 25 de SPSS.

Resultados:

La muestra incluyó 72 sujetos (15.59 ± 1.77 años, 33.3% varones). El 52.1% reportó maltrato familiar y un 60.9% haber sufrido bullying. Al comparar TDM con y sin historia de maltrato se encontraron diferencias significativas en cociente intelectual ($p=0.025$), memoria de trabajo ($p=0.026$), velocidad de procesamiento ($p=0.006$) y atención ($p=0.031$). Hubo diferencias significativas entre TB con y sin historia de bullying en memoria de trabajo ($p=0.027$) y control inhibitorio ($p=0.018$).

Conclusiones:

La alta prevalencia de maltrato y acoso en pacientes con TAIiT, y las diferencias en rendimiento cognitivo entre sujetos con y sin experiencias traumáticas, refuerzan la necesidad de profundizar en las consecuencias del trauma sobre la cognición en esta población.

P30 COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL LEVE Y FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL LÍMITE EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

AUTORES: C. Manso¹; L. Torrent¹, E. Gago¹, E. Fernández, D. Vázquez, S.M. Pujoll, L. Urraca, M. Pámias, D. J Palao. Corporación Santiaría Parc Taulí, Sabadell, Barcelona.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

La discapacidad intelectual (DI) en trastornos psiquiátricos infantiles es tres veces superior a la población general, al compartir vías moleculares y elementos reguladores comunes. Esto repercute en que estos pacientes presenten una mayor vulnerabilidad psicosocial.

OBJETIVO:

Se realiza un estudio exploratorio de las características psicopatológicas, sociales y genéticas en pacientes con diagnóstico FIL/DI leve atendidos en la Corporació Sanitaria Parc Taulí.

MÉTODOS:

Diseño descriptivo y longitudinal. Revisión retrospectiva de las historias clínicas.

RESULTADOS:

Obtuvimos una muestra de 107 pacientes con diagnóstico DI leve(87) o FIL(20). En todos existe un diagnóstico psiquiátrico comórbido, y un 38,3% presentaba 3 o más diagnósticos. El más prevalente es el TDAH(56,1 %). A nivel farmacológico el 81.3% tenían prescrito al menos un fármaco y el 39.3%, 2 o más: metilfenidato es el más frecuente(41%), seguido de antipsicóticos atípicos. La guanfacina, segunda elección para el tratamiento del TDAH.El 50.5% de los pacientes eran graves, el 13.1% habían precisado ingreso hospitalario. Asimismo, presentaban una media de 11.3 consultas con los servicios de salud mental durante un año.El 28% presentaban una etiología genética filiada que ha ayudado en los abordajes terapéuticos (derivación a recursos específicos de enfermedades minoritarias).

CONCLUSIÓN:

Nuestro análisis confirma la gravedad de la comorbilidad de FIL/DI leve, algo a lo que no se le suele prestar una adecuada atención en contextos clínicos. Los resultados de los análisis genéticos son prometedores y sugieren una alta rentabilidad diagnóstica. Se propone realizar una valoración genética para una atención personalizada.

P31 MEJORA DE LA VINCULACIÓN DEL PACIENTE AL CSMIJ MEDIANTE EL PROGRAMA TMG/PCC

AUTORES: L. Torrent, E. Fernández, M. Jiménez, C. Manso, E. Gago, M. Pamias, A. Granero, E. Cortés, DJ Palao.
Corporación Sanitaria Parc Taulí, SABadell, Barcelona

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

El Programa TMG/PCC(Trastorno Mental Grave/Paciente Crónico Complejo) de los Centros de Salud Mental Infantil (CSMIJ) se basa en el Programa d'atenció al Pacient Crònic Complex de la Generalitat de Catalunya. Implica coordinación entre profesionales de salud mental, siendo Trabajo Social y Enfermería responsables de su gestión. El programa garantiza:

- Priorización casos según gravedad.
- Elaboración y evaluaciones plan terapéutico individualizado(PTI).
- Programación visitas periódicas.OBJETIVOValorar la eficacia del Programa TMG/PCC en el CSMIJ del Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí(CCSPT)

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se analizan los datos de 2 años de los pacientes TMG/PCC del CSMIJ del CCSPT. Estudiando los indicadores:

- Mejora funcional en base al GAF(Global Assessment of Functioning Scale)
- Reducción de desvinculaciones analizando absentismo.- Optimización de coordinaciones mediante nº de PTIS/año y revisiones.

Hipótesis:

- 1 El seguimiento de Trabajo Social y Enfermería mejora la vinculación de pacientes TMG/PCC.
- 2 El programa mejora funcionalidad.
- 3 El programa mejora la coordinación profesional.RESULTADOSHay un descenso significativo del absentismo.El programa repercute en la estabilidad funcional. En 2019 se realizaron 41.4% más PTI que en 2018(367 casos revisados). También hubo 67.8% más derivaciones a otros servicios.

CONCLUSIÓN:

Los menores con TMG precisan seguimiento estrecho. La coordinación multiprofesional favorece su estabilidad psicopatológica. La gestión de Trabajo Social y Enfermería reduce el absentismo.La escala GAF no se ajusta a las dificultades funcionales de los menores pero permite objetivar la evolución de estos.Las reuniones profesionales de PTI favorecen una intervención holística.

MP1 MINDFULNESS MEDIANTE REALIDAD VIRTUAL EN NIÑOS RECIENTEMENTE DIAGNOSTICADOS DE TDAH VERSUS PROGRAMA DE MINDFULNESS ESTÁNDAR (ESTUDIO ALEATORIZADO). PREMIO AEPNYA DE INVESTIGACIÓN 2017

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Anna Huguet Miguel

INVESTIGADOR COLABORADOR: Jose Angel Alda Díez

Introducción:

Se estima que el TDAH afecta aproximadamente a un 5% de los niños en edad escolar. El tratamiento habitual para el TDAH contempla el tratamiento psicopedagógico, psicológico y farmacológico. No todos los pacientes tienen una buena respuesta al tratamiento habitual. Se encuentra en la literatura algunos estudios que sugieren la utilidad del mindfulness para abordar los síntomas nucleares TDAH. La realidad virtual (RV) es una herramienta que permite mejorar la participación y generalización del tratamiento. Además, algunos estudios muestran la viabilidad y aceptabilidad de la RV para facilitar la práctica del mindfulness.

Objetivo:

Conocer el efecto sobre los síntomas nucleares, las funciones ejecutivas y el eje hipotálamohipófisis adrenal (HPA) de un programa grupal estructurado basado en mindfulness mediante RV en niños diagnosticados recientemente de TDAH y sin tratamiento previo versus un programa de mindfulness estándar.

Método:

Estudio experimental aleatorizado de tres grupos independientes (mindfulness, mindfulness y RV y grupo control) con dos medidas repetidas (pre y post). Se incluyeron 87 niños de 7 a 12 años con TDAH. El grupo mindfulness recibió un programa de intervención de 8 semanas basado en el programa Mindfulness for Health (M4H) (Huguet y Alda, 2019). El grupo mindfulness y RV recibió una intervención basada en mindfulness de 8 semanas mediante los entornos virtuales de PSIOUS. Los menores recibían una sesión semanal de 75 minutos y tareas para casa. El grupo control recibió el tratamiento habitual para este trastorno durante 8 semanas (se excluyó el tratamiento farmacológico). Se administró la entrevista diagnóstica K-SADS-PL. Se utilizaron las escalas ADHD RS IV y Achenbach versión padres y profesores, la batería neuropsicológica ENFEN y el CPT 3. El cortisol fue medido mediante saliva.

Resultados:

Se observó un efecto positivo significativo del tratamiento en la inatención ($F(1,83) = 6,48$, $p < 0.01$, $\eta^2 = 0.135$), hiperactividad-impulsividad ($F(2,83) = 9,23$, $p < 0.01$, $\eta^2 = 0.182$) y los síntomas combinados ($F(2,83) = 7,71$, $p < 0,01$, $\eta^2 = 0,157$) en comparación con el grupo de control. Se observó una disminución ligeramente mayor en la intensidad de los síntomas en el grupo mindfulness frente al grupo mindfulness y RV. Se observaron mejoras significativas en las funciones ejecutivas (memoria de trabajo, atención sostenida, planificación, velocidad de procesamiento) en ambos grupos de mindfulness ($p < 0,01$). Sólo se observaron diferencias significativas después del tratamiento en la capacidad inhibitoria en el grupo mindfulness y RV ($p < 0.01$). Se observó una mayor disminución de los niveles de cortisol en ambos grupos de intervención mindfulness frente al control pero sin llegar a ser estadísticamente significativa.

Conclusiones:

Los resultados sugieren que el mindfulness tiene efectos clínicos beneficiosos para abordar los síntomas del TDAH y los déficits en las funciones ejecutivas. Además sugieren la herramienta de realidad virtual como una alternativa interesante al tratamiento clásico.

MP2 “ANÁLISIS DEL DISCURSO DE UN GRUPO DE ADOLESCENTES CON TRASTORNO DE CONDUCTA TRAS HABER PARTICIPADO EN EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PSICOSOCIALES DE TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL: UNA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA DE LA EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA”

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Eva Sesma Pardo

INVESTIGADORES COLABORADORES: Aránzazu Fernández Rivas, Iñaki Kerexeta Lizeaga, Pablo Orgaz Barnier, Esther Vivanco González, Aída Díaz Cosgaya, Alberto Penas Cortés, Sofía Álvarez de Eulate, Eduardo Ruiz Parra, Miguel Ángel González Torres.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

En los últimos años han aparecido numerosas investigaciones de índole cuantitativa que evalúan la efectividad del componente del grupo de entrenamiento en habilidades psicosociales de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) en adolescentes con problemas de impulsividad y/o desregulación emocional con resultados alentadores. Sin embargo, no existen investigaciones de índole cualitativa en población adolescente que evalúen dicha herramienta psicoterapéutica.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS:

Conocer la experiencia subjetiva de los adolescentes con problemas de conducta que han participado en el grupo de formación en habilidades psicosociales según el modelo de TDC, así como extraer a partir de dicha experiencia hipótesis sobre su utilidad que puedan ser verificadas en un futuro mediante instrumentos cuantitativos.

METODOLOGÍA:

Análisis cualitativo a través de grupos focales con el fin de conocer datos que no se han recogido por escalas cuantitativas sobre la experiencia subjetiva de los pacientes con problemas de conducta que han realizado la formación en habilidades psicosociales según el modelo de TDC.

RESULTADOS:

Se obtiene la experiencia subjetiva de los adolescentes que han completado el entrenamiento en habilidades psicosociales (TDC) en cuatro grandes categorías: experiencia de enfermedad, motivación para la terapia, experiencia de la terapia y resultados de la terapia.

CONCLUSIONES:

Los adolescentes con problemas de conducta valoran de forma positiva su participación en el grupo de entrenamiento en habilidades psicosociales (TDC), incluso recomiendan su utilidad en población sana. Más allá del aprendizaje de habilidades subrayan los cambios intrapsíquicos (mejora de la actividad reflexiva) que objetivan tras dicha experiencia grupal.

MP3 IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE IDENTIFICACIÓN TERAPÉUTICA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EN EL ÁREA SANITARIA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

AUTORES: Lucía Varela Reboiras, José Alfredo Mazaira Castro, Julio Bernardo Brenlla González, Gerardo Atienza Merino.

INSTITUCIÓN: Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Introducción:

No hay estudios previos en nuestro país que aborden la identificación precoz de depresión en adolescentes, siendo nuestra hipótesis que una adecuada formación de los facultativos de atención primaria (FAP) incrementaría el porcentaje de diagnósticos precoces de depresión. Por tanto, los objetivos de este trabajo son implementar un programa de formación en la identificación de la depresión mayor en adolescentes de 13-16 años que acuden a una consulta de atención primaria (AP) del área sanitaria de Santiago de Compostela y evaluar los cambios en sus conocimientos y actitudes y en los resultados en la práctica clínica.

Material y métodos:

Reclutamos a los FAP que quisieron participar en el estudio, con un diseño de antes y después, para comparar los cambios en sus conocimientos y actitudes hacia la depresión adolescente, mediante cuestionarios, y las tasas de cribado e identificación de la misma, mediante hojas de recogida de datos, en los 80 días laborables antes y después de la formación en el método TIDY (1), y estudiamos algunos detalles específicos de la consulta de AP, también mediante hojas de recogida de datos, que fueron analizados estadísticamente mediante el programa SPSS.

Resultados:

La tasa de participación de los FAP fue baja, 23,19% al inicio y 10,15% al final. En general se aprecia una mejoría en los conocimientos y actitudes hacia la depresión adolescente por parte de los FAP, siendo significativa en una de las características que se incluye en el diagnóstico de depresión ($p < ,05$). Se pasó de no hacer cribado a aplicarlo sistemáticamente después de la formación TIDY. Las tasas de identificación bajaron del 3,39% al 0,86%. Dicha identificación se asoció con estar a seguimiento por depresión en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil ($p = ,01$), tener antecedentes de problemas de salud mental ($p = ,03$) y tener un estado de salud subjetivo regular o malo ($p = ,04$).

Conclusiones:

El programa TIDY es un enfoque factible para mejorar la identificación de la depresión adolescente en AP. Se requiere una evaluación adicional en un ensayo aleatorizado para evaluar la precisión del profesional, el impacto clínico y el costo beneficio.

Bibliografía:

1. Kramer T, Iliffe S, Gledhill J, Garralda ME. Recognising and responding to adolescent depression in general practice: Developing and implementing the Therapeutic Identification of Depression in Young people (TIDY) programme. Clin Child Psychol Psychiatry 2012;17(4) 482–494.

Palabras clave:

Depresión. Adolescentes. TIDY. Profesionales. Atención Primaria.

MP4 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

INVESTIGADORES: Patricia Cordero Andrés¹, Emma Noval Aldaco¹, Beatriz Payá González², Marian González-García³, Javier González López³, Aida Hernández Abellán⁴, Nerea Gómez Carazo⁴, Victoria López Sánchez⁴

1 Psicóloga Clínica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

2 Psiquiatra. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

3 Psicólogos Generales Sanitarios. Universidad Europea del Atlántico, Santander.

4 Residente de Psicología Clínica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Introducción:

Los estudios señalan un 15-20% de prevalencia global de trastornos mentales en la adolescencia, con mayor frecuencia ansiedad y depresión, esta última considerada la principal causa de discapacidad entre la población adolescente. A pesar de la eficacia de las intervenciones basadas en Mindfulness (IBM) en población adulta, la investigación es más limitada en población adolescente y destaca la ausencia de protocolos de intervención en mindfulness estructurados y diseñados de manera específica para adolescentes en el ámbito clínico. El objetivo de nuestro proyecto ha sido la elaboración de un protocolo manualizado de intervención en mindfulness adaptado a las necesidades y características de la población clínica adolescente con sintomatología ansiosodepresiva, y su implementación en un contexto sanitario público.

Método:

32 adolescentes de 14-18 años, en tratamiento ambulatorio por sintomatología ansiosodepresiva, son asignados de manera aleatoria a dos intervenciones psicológicas grupales de 8 sesiones con frecuencia semanal. En el grupo experimental se realiza una intervención basada en Mindfulness que ha sido diseñada ad-hoc de manera específica para este estudio, y en el grupo control se realiza un entrenamiento en Relajación muscular progresiva (Jacobson, 1929). Se recoge información clínica (medidas de clínica ansiosa y depresiva, inteligencia emocional, regulación emocional, autocompasión, mindfulness, y estado emocional y conductual referido por los cuidadores) en 3 momentos: pre-tratamiento, post-tratamiento, y a los 6 meses de seguimiento.

Resultados:

No se observan diferencias estadísticamente significativas entre grupo control y grupo experimental en ninguna de las variables medidas en el post-tratamiento ni en el seguimiento a los 6 meses. En el grupo de intervención basada en mindfulness, se aprecian diferencias estadísticamente significativas en la información referida por los cuidadores respecto a problemas externalizantes ($p=0,011$) en el postratamiento, que no se mantienen en el seguimiento. Asimismo, en el seguimiento a los 6 meses, hay diferencias estadísticamente significativas en clínica depresiva ($p=0,018$ en subescala de depresión de la Escala de depresión, ansiedad y estrés; $p=0,035$ en Inventario de depresión de Beck), inteligencia emocional ($p=0,042$ en subescala Atención emocional de la Escala rasgo de metac conciencia sobre estados emocionales) y auto-compasión ($p=0,035$ en subescala de humanidad compartida del Cuestionario de auto-compasión).

Conclusiones:

En ambas intervenciones se aprecia un descenso de la clínica ansioso-depresiva, principalmente en el seguimiento a los 6 meses, pero sólo en la intervención basada en mindfulness adquiere significación estadística. Estos datos son prometedores respecto a la utilidad de esta intervención y las implicaciones para la práctica clínica, considerando los recursos limitados en el contexto sanitario público. No obstante, el bajo tamaño muestral limita el alcance y la generalización de los resultados.



AEPNYA

Asociación Española de Psiquiatría
del Niño y el Adolescente