

revista de psiquiatría

# infanto-juvenil

Volumen 35 • Número 2 • 2018

S  
U  
M  
A  
R  
I  
O

## 62º congreso de la asociación española de psiquiatría del niño y del adolescente Un mar de dudas

Palma, Illes Balears  
7 - 9 de junio 2018

Sede:  
Palau de Congressos  
de Palma







AEPNYA

Asociación Española de Psiquiatría  
del Niño y el Adolescente

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

## COMISIÓN DE PUBLICACIONES

### Director

*Oscar Herreros Rodríguez*  
([direccion.revista@aepnya.org](mailto:direccion.revista@aepnya.org))

### Secretaría

*Kristian Naenen Hernani*

## COMITÉ EDITORIAL

*Francisco de Sande Díaz (Lanzarote)*  
*Enrique Ortega García (León)*  
*Antonio Pelaz Antolín (Madrid)*  
*José Alfredo Mazaira Castro*  
*(Santiago de Compostela)*  
*Xavier Gastaminza Pérez (Barcelona)*  
*Rafael de Burgos Marín (Córdoba)*  
*Francisco Ruiz Sanz (Palencia)*  
*Belén Rubio Morell (Tenerife)*  
*Josué Monzón Díaz (Tenerife)*  
*Francisco Díaz Atienza (Granada)*

## JUNTA DIRECTIVA DE LA AEPNYA

*Presidenta: Dolores M<sup>a</sup> Moreno*

*Vice-presidente: José Ángel Alda*

*Secretario: Carlos Imaz*

*Tesorera: Beatriz Payá*

*Presidenta Comité Científico: Luisa Lázaro*

*Presidente Comité Publicaciones Medios de*

*Comunicación: Belén Rubio*

*Vocales: Rafaela Caballero, Pilar Baos y Kristian Naenen*

## COMISIÓN DE REDACCIÓN

*J.R. Gutiérrez Casares ... Ex-director RPIJ*

*Luisa Lázaro ... Presidenta*

*Comisión Científica AEPNYA*

*Belén Rubio ..... Presidente del Comité de Publicaciones*

*J. Toro i Trallero ..... Miembro Electo por la AEPNYA*

*Asociación fundada en 1950.*  
*Revista fundada en 1983.*  
*Revista indexada en el Índice Médico Español, en Bibliomed y en el IBECS (Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud)*

### Secretaría de Redacción

*Oscar Herreros Rodríguez*  
C/ Almechiche 28  
Churriana de la Vega  
18194 - Granada  
[direccion.revista@aepnya.org](mailto:direccion.revista@aepnya.org)

## PRESIDENTES DE HONOR DE LA AEPNYA

<i>J. Córdoba Rodríguez</i>	<i>V. López-Ibor Camós</i>
<i>J. de Moragas Gallisa</i>	<i>J. Rom i Font</i>
<i>C. Vázquez Velasco</i>	<i>J. Tomás i Vilaltella</i>
<i>L. Folch i Camarasa</i>	<i>J.L. Alcázar Fernández</i>
<i>A. Serrate Torrente</i>	<i>M. Velilla Picazo</i>
<i>F.J. Mendiguchía Quijada</i>	<i>M.J. Mardomingo Sanz</i>
<i>M. de Linares Pezzi</i>	<i>M. D. Domínguez Santos</i>
<i>J. Toro Trallero</i>	<i>Edelmira Domènech Llaberia</i>

### Copyright 2018

© Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Selene Editorial.

Reservado todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Publicación trimestral  
Administración, suscripciones y publicidad:

**editorial**  
**SELENE**

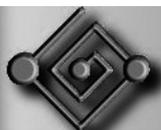
C/Jérez, 21  
28231 Las Rozas (Madrid)  
Tlf.: (91) 6395965  
[www.editorialselene.com](http://www.editorialselene.com)

Depósito legal: M-6161-2015

ISSN:1130-9512

Registrada como comunicación de soporte válido  
30-R-CM

# Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil



AEPNYA

Asociación Española de Psiquiatría  
del Niño y el Adolescente

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

## SUSCRIPCIÓN ANUAL (4 números al año)

### IMPORTE

ESPAÑA ..... 100 €

ESTUDIANTES/MIRES ..... 70 €

EXTRANJERO ..... 190 €

*Precios vigentes desde el 1 de enero al 31 de diciembre*

### ENVIAR BOLETÍN A:

SELENE Editorial

C/ Jeréz, 21

28231 Las Rozas (Madrid)

Tlf.: 91 6395965

email: [mpazle@seleneeditorial.com](mailto:mpazle@seleneeditorial.com)

### DIRECCIÓN DE ENVÍO

Nombre y apellidos .....

Dirección ..... N° ..... Piso .....

Cód. Postal ..... Población .....

Provincia ..... Especialidad .....

NIF ..... email .....

FORMA DE PAGO:

CHEQUE NOMINATIVO QUE ADJUNTO

DOMICILIACIÓN BANCARIA

.....

### ORDEN DE PAGO, DOMICILIACIÓN BANCARIA

Nombre del titular de la cuenta .....

Banco ..... C/C N° .....

Caja de ahorros ..... C/C N° .....

Sucursal ..... Calle ..... N° .....

Cód. Postal ..... Población .....

Provincia ..... Teléfono .....

Ruego a Vds. tomen nota de que hasta nuevo aviso deberán adeudar en mi cuenta el recibo presentado anualmente por SELENE Editorial (Rev. de Psiquiatría Infanto-Juvenil

..... de ..... de .....

FIRMA DEL TITULAR

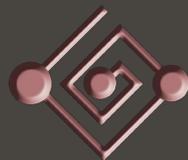
INDIQUE CON CLARIDAD SUS DATOS

# 62º congreso de la asociación española de psiquiatría del niño y del adolescente

## Un mar de dudas

Palma, Illes Balears  
7 - 9 de junio 2018

Sede:  
Palau de Congressos  
de Palma



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

[www.aepnya-palma2018.es](http://www.aepnya-palma2018.es)

Es un gran honor y un placer, el poder organizar el 62º congreso de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente AEPNYA en Mallorca.

El congreso tendrá lugar al final de la primavera, 7-9 de junio de 2018, un momento mágico y precioso en las Islas Baleares, que les permitirá disfrutar, del que esperamos sea un gran congreso, así como de nuestra gastronomía, climatología, paisaje, playas y de nuestro mar, el “mare nostrum”.

El congreso se celebrará en el Palau de Congressos de Palma, que es uno de los palacios de congresos más modernos de nuestro país y que, literalmente, es un balcón al mar mediterráneo, vía de comunicación, transmisión de conocimiento e intercambio de cultura desde la más remota antigüedad. El comité organizador, espera que celebrando este congreso rodeados por el mar mediterráneo nos inspire y ayude a superarnos, como ya hizo con Ulises en la Odisea, para así poder responder a muchos de los interrogantes que todavía rodean la práctica de la psiquiatría en niños y adolescentes, pretendemos que este congreso nos convierta en mejores nautas para poder ayudar a las familias a navegar el “mar de dudas” que pueden ser los trastornos de salud mental en niños y adolescentes.

Para ello estamos elaborando un programa científico que cumpla con estas expectativas y necesitamos vuestra ayuda, por lo que os invitamos a participar con él enviando propuestas, simposios, talleres, posters... y obviamente con vuestra asistencia al congreso que estamos seguros no defraudará a ninguno de los asistentes o ponentes. Pretendemos revisar los últimos avances científicos con especial énfasis en los trastornos del neurodesarrollo y el transdiagnóstico.

Fins aviat, hasta pronto, ata pronto, Laster arte.

Dr. Jaume Morey Canyelles  
Presidente del Comité Organizador

# Junta Directiva y Comité Científico

## **JUNTA DIRECTIVA AEPNYA**

Presidenta:	Dolores M <sup>a</sup> Moreno Pardillo
Vicepresidente:	José Ángel Alda Díez
Secretario:	Carlos Imaz Roncero
Tesorera:	Beatriz Payá González
Presidenta Comité Científico:	Luisa Lázaro García
Vocales:	Pilar Baos Sendarrubias Rafaela Caballero Andaluz Kristian Naenen Hernani Belén Rubio Morell

## **COMITÉ LOCAL**

Presidente:	Jaume Morey Canyelles
Tesorero:	Jasna Raventós Simic
Vocales:	Juana María Andrés Tauler Tomás J. Canto Díez M <sup>a</sup> Isabel Flórez Fernández Teresa Jimeno Beltran Matías Real López María Romera Torrens Joan Salvà Coll Elena Seijo Zazo M <sup>a</sup> Jesús Serrano Ripoll Raquel Seijas Gómez M <sup>a</sup> Magdalena Valverde Gómez

## **COMITÉ CIENTÍFICO**

Presidenta:	Luisa Lázaro García
Vocales:	Celso Arango López Josefina Castro Fornieles José R. Gutiérrez Casares Oscar Herrerros Rodríguez Dolores M <sup>a</sup> Moreno Pardillo Jaume Morey Canyelles Miguel Ángel Roca Bennasar Cesar Soutullo Esperón

## ORGANIZA:



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

## FECHAS:

7, 8 y 9 de junio de 2018

## SEDE:

Palau de Congressos de Palma  
Palma, Mallorca, Illes Balears

## COMUNICACIONES:

Fecha límite de envío **15 de marzo de 2018**. Se tramitarán a través de la web [www.aepnya-palma2018.es](http://www.aepnya-palma2018.es)

## CUOTAS DE INSCRIPCIÓN:

	Hasta 08/04	Desde 09/04
SOCIOS AEPNYA (médicos)	400 €	450 €
SOCIOS AEPNYA (psicólogos)	325 €	350 €
NO SOCIOS (médicos)	475 €	550 €
NO SOCIOS (psicólogos)	400 €	450 €
MIR	325 €	350 €
PIR / EIR / ENFERMERÍA	300 €	325 €
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE GRADO Y POSTGRADO*	175 €	225 €

Se tramitarán a través de la web [www.aepnya-palma2018.es](http://www.aepnya-palma2018.es)

# Información General

## HOTELES:

	DUI	DBL
MELIA PALMA BAY 4*	155€	170€
TRYP PALMA BELLVER 4 *	170,50€	185€

- Desayuno e IVA incluidos. Tasa turística no incluida (2,00 €/persona y día +10% IVA)
- Se tramitarán a través de la web [www.aepnya-palma2018.es](http://www.aepnya-palma2018.es)

## ACREDITACIÓN:

Solicitada a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad Autónoma de les Illes Balears

## COMUNICACIÓN:

HT: #AEPNYAPalma2018

## SECRETARÍA TÉCNICA:

Océano Azul Comunicación

C/ Menéndez Pelayo, 4 - 2º B 15005 A Coruña Tlf: 981 90 90 12

e-mail: [aepnya2018@oceano-azul.es](mailto:aepnya2018@oceano-azul.es)

Un mar de dudas

**14.00 – 14.15 CHECK IN**

**14.15 – 15.45 TALLERES**

**SALA 1: ←**

**T1: TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO GRUPAL EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

Martínez Núñez, Beatriz<sup>(1)</sup>; Echegaray García, Maite<sup>(2)</sup>; Yáñez López, Silvia<sup>(1)</sup>

Centros: Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid<sup>(1)</sup>; Fundación Esfera de Madrid<sup>(2)</sup>

**SALA 2: ←**

**T2: TALLER DE CASOS CLÍNICOS: PROGRAMAS ASISTENCIALES ESPECÍFICOS PARA MENORES EN RIESGO PSÍQUICO EN LA COMUNIDAD DE MADRID (ATIENDE, UMERP Y MENORES CON MEDIDA JUDICIAL)**

Pina Camacho, Laura; Vidal de la Fuente, Jorge; Vicente Sánchez, Isabel; Ramos Rodríguez, María

Centros: Servicio de Psiquiatría del Niño y Adolescente; Hospital General Universitario Gregorio Marañón, IISGM, CIBERSAM, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, España

**15.45 – 17.15 SYMPOSIUMS**

**SALA 1: ←**

**S1: LA CALIDAD EN LA ASISTENCIA EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL**

**La evaluación de la calidad como instrumento de mejora en la asistencia, una experiencia en la implementación de un modelo de calidad total en la sanidad pública**

Ponente: Dra. Carmen Moreno - H. Gregorio Marañón, Madrid

## **Indicadores de calidad asistencial en atención ambulatoria y hospitalización parcial**

Ponente: Dra. Rosa Calvo - CSMIJ del Hospital Clínic, Barcelona  
Dra. Luisa Lázaro García - Hospital Clínic. IDIBAPS.  
CIBERSAM. Universidad de Barcelona

## **Evaluación de la satisfacción de los usuarios**

Ponente: Dr. Carlos Imaz - CSMIJ del H. Río Hortega de Valladolid  
Dr. Enrique del Castillo Díez - PFG Facultad de Medicina  
Universidad Valladolid

### **SALA 2: ←**

## **S2: TRASTORNO LIMITE DE PERSONALIDAD EN EL ADOLESCENTE: CLINICA, COMORBILIDAD Y TRATAMIENTO**

### **Trastorno límite de personalidad en el adolescente: epidemiología, clínica y comorbilidad con el trastorno disocial**

Ponente: Dra. Aránzazu Fernández Rivas - H. Universitario Basurto, Bilbao

### **Comorbilidad entre rasgos límite de personalidad y trastorno de conducta alimentaria en la adolescencia**

Ponente: Dras. Jana González y Beatriz Payá - H. Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

### **Tratamiento del trastorno límite de personalidad del adolescente mediante terapia dialéctica conductual**

Ponente: Dra. Eva Sesma Pardo - H. Universitario Basurto, Bilbao

## **17.15 – 18.45 TALLERES**

### **SALA 1: ←**

## **T3: PSICOFARMACOTERAPIA EN LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y EN LOS TRASTORNO DEL NEURODESARROLLO**

Herreros Rodríguez, Óscar<sup>(1)</sup>; González Domenech, Pablo<sup>(2)</sup>  
Centros: H. U. Materno-Infantil de Granada<sup>(1)</sup>; Práctica privada<sup>(2)</sup>

**SALA 2:** ←

**T4: ACTUALIZACIÓN EN EVALUACIÓN E INTERVENCIONES  
BASADAS EN LA EVIDENCIA EN TRASTORNO DEL  
ESPECTRO AUTISTA A LO LARGO DE LA VIDA**

Valverde Gómez, Magdalena; Ferre Aguilera, Maria Del Mar

Centros: IBSMIA Ibiza y Formentera; Asociación de Asperger de  
Ibiza y Formentera

**18.45 – 19.00 CAFÉ**

**19.00 – 19.15 INAUGURACIÓN**

**19.15 – 20.15 CONFERENCIA INAUGURAL**

**ESPECIFICIDADES EN INVESTIGACIÓN EN NIÑOS Y  
ADOLESCENTES**

Dra. Josefina Castro Fornieles - Hospital Clínic de Barcelona

**8.30 – 9.30 COMUNICACIONES ORALES****SALA 1: comunicaciones orales****SALA 2: comunicaciones orales****SALA 3: comunicaciones orales****9.30 – 11.00 SYMPOSIUMS****SALA 1: ←****S3: PROGRAMAS DE PARENTALIDAD BASADOS EN LA EVIDENCIA A LO LARGO DEL DESARROLLO: LA EXPERIENCIA INGLESA****Intervención con video-feedback para la promoción del cuidado y la disciplina sensible**

Ponente: Dra. Marina Fàbrega Ribera - Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat

**Empoderando padres empoderando comunidades**

Ponente: Dra. Leire Fernández Cubillas - King's College London

**Entrenamiento parental personalizado e individualizado**

Ponente: Dr. Daniel Ilzarbe Simorte - Hospital Clínic de Barcelona

**SALA 2: ←****S4: PSICOPATOLOGIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON PESOS EXTREMOS****Estudio de la prevalencia de los problemas psicológicos en niños con sobrepeso y obesidad**

Ponente: Dra. Ana R. Sepúlveda García - Facultad De Psicología, Universidad Autónoma De Madrid

## **Correlatos biológicos y psicopatológicos en adolescentes con anorexia nerviosa grave o extrema**

Ponente: Dra. Montserrat Graell Berna - Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid

## **Trayectorias evolutivas en los trastornos del comportamiento alimentario**

Ponente: Dra. Mar Faya Barrios - Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid

### **SALA 3: ←**

## **S5: LAS CONDUCTAS AUTO-LESIVAS SIN IDEACIÓN SUICIDA EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS; PREVALENCIA EN POBLACIÓN GENERAL Y CLÍNICA; Y OPORTUNIDADES DE INTERVENCIÓN**

Moderadora: Dra. Iria Méndez Blanco - Hospital Clinic, Barcelona

## **La conducta autolesiva sin intención suicida: actualización del concepto y características**

Ponente: Dr. Daniel Vega Moreno - Hospital de Sant Joan de Deu, Esplugues de Llobregat

## **Prevalencia de la conducta autolesiva población infanto-juvenil**

Ponente: Dra. Anna Sintés Estévez - Hospital Clinic, Barcelona

## **Opciones terapéuticas para la conducta autolesivas: propuesta de un modelo de intervención**

Ponente: Dra. Pilar Santamarina Pérez - Hospital Clinic, Barcelona

**11.00 – 11.30 CAFÉ**

**11.30 – 12.30 CONFERENCIA**

**LA ENTELEQUIA DE LOS DIAGNOSTICOS EN PSIQUIATRIA**

Dr. Celso Arango Lopez - Hospital GU Gregorio Marañón

**12.30 – 14.00 SYMPOSIUMS**

**SALA 1: ←**

**S6: PREVENCIÓN, EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN EN EL TRASTORNO DE CONDUCTA A LO LARGO DEL DESARROLLO: TRASLACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN A LA CLÍNICA**

Moderador: Dra. Fátima Valencia Agudo - H.G.U. Gregorio Marañón

**Interacción parento-filial, ansiedad y conductas difíciles en niñas y niños de 4-8 años en el espectro autista: desarrollo y evaluación de una medida observacional ciega (observation schedule for children with autism spectrum disorders - anxiety and behaviour - osca-ab)**

Ponente: Dr. Juan Armando Paris Pérez - King's College London

**Prevención de problemas conductuales en niños menores de 3 años mediante intervenciones de videofeedback y su aplicación a los trastornos del espectro autista**

Ponente: Dra. Ainoa Mateu Mullor - Imperial College London

**Aplicación de modelos de parenting basados en la mentalización para adolescentes con trastornos de la conducta: mbt-reflective parenting**

Ponente: Dra. Elena Urbiola Merina - Hospital San Juan de Dios Salud Mental, Madrid

## **SALA 2:** ←

### **S7: NIÑOS Y ADOLESCENTES DE ALTO RIESGO PARA PSICOSIS: COMPARACIÓN ENTRE ALTO RIESGO GENÉTICO Y ALTO RIESGO CLÍNICO**

Moderadora: Dra. Elena De la Serna Gómez - Consorcio Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER)

#### **Clínica en niños y adolescentes de alto riesgo para psicosis**

Ponente: Dra. Inmaculada Baeza Pertegaz - Hospital Clínic de Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM

#### **Cognición en niños y adolescentes de alto riesgo para psicosis**

Ponente: Dra. Elena De la Serna Gómez - Consorcio Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER)

#### **Neuroimagen en niños y adolescentes de alto riesgo para psicosis**

Ponente: Dra. Adriana Fortea González - Hospital Clínic de Barcelona

## **SALA 3:** ←

### **S8: ETIOPATOGENIA DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO DEL AUTISMO: PRESENTE Y FUTURO**

Moderador: Dr. David Fraguas Herráez - Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

#### **Reordenaciones cromosómicas como factores etiológicos de los TEA: el ejemplo de los síndromes de delección 22Q11.2 y phelan-macdermid**

Ponente: Dra. Mónica Burdeus - Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

## **Secuenciación exómic y correlatos clínicos en 250 tríos con TEA**

Ponente: Dr. Javier González-Peñas - Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

## **El perfil inflamatorio y su relación con la microbiota en los TEA**

Ponente: Dra. María José Penzol - Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

**14.00 – 15.30 COMIDA – LECTURA DE PÓSTERS**

**15.30 – 17.00 TALLERES**

### **SALA 1: ←**

#### **T5: CIRCUITO DE DETECCIÓN, EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN TEA EN LAS ISLAS BALEARES**

Andrés Tauler, Juana M<sup>a</sup>; Perellada, Mara; Pazos Arciniega, María  
Centros: Institut de Salut Mental de la Infancia i Adolescència (IBS-MIA); Hospital General Universitario Gregorio Marañón; Servei d'atenció a la Diversitat. Illes Balears

### **SALA 2: ←**

#### **T6: LA PRÁCTICA CLÍNICA EN LA ATENCIÓN A MENORES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y TRASTORNOS DE SALUD MENTAL**

Raventós Simic, Jasna<sup>(1)</sup>; Morey Cañellas, Jaume<sup>(1)</sup>; Vicent Primo, José<sup>(2)</sup>

Centros: Hospital Universitario Son Espases<sup>(1)</sup>; AMADIBA<sup>(2)</sup>

## **SALA 3:** ←

### **T7: PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPEÚTICA EN UN HOSPITAL DE DÍA INFANTIL: EL PROGRAMA DE TR. DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE ANSIEDAD SOCIAL EN LA PRIMERA INFANCIA**

Autores: Gutiérrez Priego, Silvia; Álvarez Fernández, Sonia; Sanz, Beatriz

Centros: Hospital Infantil Niño Jesús de Madrid

## **17.00 – 18.30 SYMPOSIUMS**

## **SALA 1:** ←

### **S9: NUEVAS FORMAS DE ATENCIÓN A LOS MENORES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL**

Moderador: Dr. Jaume Morey Cañellas - Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca

#### **Escuelas y servicios de salud mental del niño y del adolescente colaborar para mejorar la atención.**

Ponente: Professor (Developmental disorders) Amanda Kirby - Faculty of Life Sciences and Education, University of South Wales

#### **Nuevo modelo de gestión de los trastornos del neurodesarrollo desde pediatría de atención primaria.**

Ponente: Dr. Joan Claudi Ferre Vidal - Consultant in Child and Adolescent Psychiatry Neurdevelopmental Service Cardiff and the Vale NHS Trust CAMHS Cwm Taf University Health Board

#### **Equipo de Tratamiento Intensivo Comunitario “CITT” para menores con Trastornos de Salud Mental Graves.**

Ponente: Dr. Antonio Muñoz Solomando - Consultant Child and Adolescent Psychiatrists Community Intensive Therapy Team (CITT) Cwm Taf CAMHS Clinical Lead

## **SALA 2:** ←

### **S10: CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DESDE LOS PRÓDROMOS DE PSICOSIS HASTA EL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO**

**Síntomas prodrómicos en primeros episodios psicóticos: diferencias según la edad**

Ponente: Dra. Inmaculada Baeza – Hospital Clinic de Barcelona

**Psicosis “menores” en menores: un meta-análisis del trastorno psicótico no especificado y del trastorno psicótico breve en la infancia y la adolescencia comparado con los adultos**

Ponente: Dr. Daniel Ilzarbe Simorte - Hospital Clínic de Barcelona

**Perfil cognitivo de niños y adolescentes en riesgo de desarrollar un trastorno psicótico**

Ponente: Dra. Jordina Tor - Hospital Sant Joan de Déu de Esplugues de Llobregat

**SALA 3: ←**

**S11. COMPLICACIONES DIAGNÓSTICAS EN TEA**

Moderadora: Dra. Mara Parellada – Hospital GU Gregorio Marañón de Madrid

**Resultados de una consulta de diagnóstico complejo de TEA**

Ponentes: Dras. Laura López y Patricia Hernández – Hospital GU Gregorio Marañón de Madrid

**Diagnósticos de TEA en mujeres**

Ponentes: Dras. Leticia Boada y María Luisa Dorado – Hospital GU Gregorio Marañón de Madrid

**Diagnóstico diferencial entre discapacidad intelectual y TEA**

Ponentes: Dras. Alicia García Alcón y Itziar Baltasar – Hospital GU Gregorio Marañón de Madrid

**18.30 ASAMBLEA**

SEMINARIO

**8.30 – 9.30 COMUNICACIONES ORALES****SALA 1: comunicaciones orales****SALA 2: comunicaciones orales****SALA 3: comunicaciones orales****9.30 – 11.00 SYMPOSIUMS****SALA 1: ←****S12: ACTUALIZACIÓN EN TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH): PREESCOLARES, CRECIMIENTO Y PREDICCIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO**

Moderador: Dr. Jose Ángel Alda Díez - Hospital San Joan de Deu, Hospitalet de Llobregat

**TDAH en niños en edad preescolar: estudio de prevalencia epidemiológica y validación de una escala para preescolares**

Ponente: Dr. César Soutullo Esperón - Clínica Universidad de Navarra

**Meta-análisis de la asociación entre el tratamiento con estimulantes y la talla en niños con TDAH**

Ponente: Dra. Azucena Díez Suárez - Clínica Universidad de Navarra

**Modelo predictivo de respuesta al tratamiento con metilfenidato en niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad: estudio piloto**

Ponente: Dra. María Vallejo Valdivielso - Clínica Universidad de Navarra

**SALA 2 ←****S13: INFLAMACIÓN Y MECANISMOS OXIDATIVOS EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE****Disregulación pro y antiinflamatoria en primeros episodios de psicosis en adolescentes y adultos**

Ponente: Dra. Carmen Moreno Ruiz - Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

**Trastorno bipolar de inicio precoz: inflamación y mecanismos oxidativos**

Ponente: Dr. Gonzalo Salazar de Pablo - Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

**Inflamación y mecanismos oxidativos en el trastorno del espectro autista**

Ponente: Dra. Sandra Gómez Vallejo - Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

**SALA 3: ←**

**S14: UN MAR DE COMORBILIDADES EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS**

Moderador: Dr. Pedro Manuel Ruiz-Lázaro - Universidad de Zaragoza I+CS

**Comorbilidad TCA y TDAh en adolescencia**

Ponente: Dr. Pedro Manuel Ruiz-Lázaro - Universidad de Zaragoza I+CS

**Impulsividad, trastorno límite de inestabilidad emocional y TCA**

Ponente: Dra. Ana Isabel Calvo Sarnago - UTCA HCU Zaragoza

**Prevalencia de suicidio en una unidad de trastornos de conducta alimentaria en 40 años**

Ponente: Dra. Eva Garcés Trullenque - HCU Zaragoza

**11.00 – 11.30 CAFÉ**

SÁBADO

## 11.30 – 13.00 SYMPOSIUMS

### SALA 1: ←

#### **S15: DIFERENCIAS EN EL TRASTORNO BIPOLAR Y ESQUIZOFRENIA: NEURODESARROLLO, PRÓDROMOS Y COGNICIÓN SOCIAL**

##### **Diferencias entre psicosis y trastorno bipolar: el neurodesarrollo**

Ponente: Dra. Sandra Gómez Vallejo – Hospital GU Gregorio Marañón, Madrid

##### **Diferencias entre psicosis y trastorno bipolar: los pródromos**

Ponente: Dr. Gonzalo Salazar de Pablo - Hospital GU Gregorio Marañón, Madrid

##### **Diferencias entre psicosis y trastorno bipolar: la cognición social**

Ponente: Dr. Julio David Vaquerizo Serrano - Hospital GU Gregorio Marañón, Madrid

### SALA 2: ←

#### **S16: TENDENCIAS ACTUALES EN INVESTIGACIÓN EN PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE**

Moderadora: Dra. Azucena Díez Suarez - Clínica Universidad de Navarra-Pamplona

##### **Proyecto cunmet: estudio de la conectividad cerebral por neuroimagen funcional para la predicción de la respuesta al tratamiento estimulante en niños y adolescentes con TDAH**

Ponente: Dra. Pilar de Castro Manglano - Clínica Universidad de Navarra-Madrid

##### **Trastorno bipolar de inicio precoz: fisiopatología, sintomatología subsindrómica y prevención precoz**

Ponente: Dr. Gonzalo Salazar de Pablo - Hospital GU Gregorio Marañón, Madrid

**Hospitalización en psiquiatría infantil y adolescente: análisis de los ingresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en menores de 18 años en España**

Ponente: Dra. Cecilia Hernández González - Clínica Universidad de Navarra-Pamplona

**SALA 3: ←**

**S17: SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL Y NUEVAS TECNOLOGÍAS: LUCES Y SOMBRAS**

**Adolescentes adictos recluidos: nuevo reto de tratamiento**

Ponente: Dr. Josep Lluís Matalí Costa – Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat

**Páginas pro-anorexia y bulimia vs. aplicaciones móviles y realidad virtual**

Ponente: Dr. Eduardo Serrano Troncoso – Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat

**Incremento de la conducta suicida en adolescentes: ¿qué papel juegan las redes sociales?**

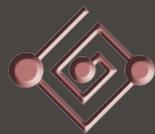
Ponente: Dr. Francisco Villar Cabeza – Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat

**13.00 – 14.00 CONFERENCIA CLAUSURA**

**TODO SE PUEDE ENTRENAR**

D. Toni Nadal Homar

**14.00 PREMIOS**



Asociación Española de  
Psiquiatría del Niño  
Y del Adolescente

[www.aepnya-palma2018.es](http://www.aepnya-palma2018.es)

#AEPNYAPalma2018

**SECRETARÍA TÉCNICA:**

Océano Azul Comunicación C/Menéndez Pelayo, 4, 2º B 15005  
A Coruña Tlf: 981 90 90 12 e-mail: [aepnya2018@oceano-azul.es](mailto:aepnya2018@oceano-azul.es)



## TALLERES

### T1 TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO GRUPAL EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

#### PONENTES

Martínez Núñez Beatriz; Yáñez López Silvia; Echegaray García Mayte  
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús; Hospital Infantil Universitario Niño Jesús; Fundación Esfera

#### OBJETIVOS PRÁCTICOS/DOCENTES

1. Señalar las diferencias diagnósticas de los distintos Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en la adolescencia y analizar las posibles implicaciones pronósticas de las mismas.
2. Conocer el formato de trabajo grupal y su aplicación en adolescentes con TCA y sus familias.
3. Discusión de casos clínicos tanto de los ponentes como de los participantes en el taller.

**RESUMEN:** Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son entidades complejas de etiología multicausal que principalmente afectan a adolescentes y mujeres jóvenes. Durante la adolescencia el diagnóstico más frecuente es el de TCA no especificado, seguido por la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Las tres entidades comparten algunos síntomas cardinales: preocupación excesiva por la comida, peso y/o figura corporal, junto al empleo de medidas perjudiciales para la salud con la intención de controlar la alimentación. Por este motivo, es frecuente que los TCA produzcan complicaciones médicas y psicológicas que pueden causar secuelas potencialmente irreversibles para el desarrollo durante la adolescencia.

Es recomendable realizar una intervención temprana para evitar la cronicidad y por eso cobra importancia la derivación a un servicio especializado. La complejidad en el abordaje de estos trastornos requiere que el equipo que atiende a estas pacientes sea multidisciplinar.

La Unidad de Trastornos del Comportamiento Alimentario del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús cuenta con una trayectoria de más de 25 años

tratando niños, adolescentes y sus familias afectados por estos trastornos. En este taller invitamos a conocer la clínica de los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia, y los diferentes planes de tratamiento en formato grupal. Para ello, se expondrán contenidos teóricos y se discutirán casos clínicos presentados tanto por los ponentes como por los participantes en una sesión interactiva.

#### REFERENCIAS

1. López C, Treasure J. Eating disorders in adolescents: description and management. *Revista MédClín Las Condes*. Volume 22, Issue 1, January 2011. 85-97.
2. Swanson SA, Aloisio KM, Horton NJ, Sonneville KR, Crosby RD, Eddy KT, Field AE, Micali N. Assessing Eating Disorder Symptoms in Adolescence: Is There a Role for Multiple Informants? *International Journal of Eating Disorders*, 2014. 47:5. 475-482.
3. Tornero MJ, Rosario Bustamante R, Del-Arco R. Tratamiento psicológico de un grupo de adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria no especificado. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. Vol 1. Enero 2014. 7-16.
4. Andrés-Perpiña S, Lozano-Serra E, Puig O, Lera-Miguel S, Lázaro L, Castro-Fornieles J. Clinical and biological correlates of adolescent anorexia nervosa with impaired cognitive profile. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011; 20: 541-549.



---

## T2 TALLER DE CASOS CLÍNICOS: PROGRAMAS ASISTENCIALES ESPECÍFICOS PARA MENORES EN RIESGO PSÍQUICO EN LA COMUNIDAD DE MADRID (ATIENDE, UMERP Y MENORES CON MEDIDA JUDICIAL)

### PONENTES

Laura Pina Camacho; Jorge Vidal de la Fuente; Isabel Vicente Sánchez; María Ramos Rodríguez  
Servicio de Psiquiatría del Niño y Adolescente. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, IISGM, CIBERSAM, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, España

---

### INTRODUCCIÓN

El objetivo del taller es el de describir la experiencia del Servicio de Psiquiatría del Niño y Adolescente del Hospital Gregorio Marañón de Madrid en dar respuesta a las necesidades de atención de determinados grupos de menores especialmente vulnerables. El servicio cuenta con una serie de programas específicos cuyo objetivo principal es el de prestar evaluación y tratamiento a menores que, por las circunstancias particulares de su situación o entorno habitual, se encuentran en situación de riesgo de psicopatología o presentan un trastorno mental ya establecido y, por lo tanto, existe una mayor necesidad de cuidados especializados. Así, el programa ATIENDE NIÑOS es un servicio sanitario asistencial para la valoración de posible daño emocional en menores cuyos padres presentan una conflictiva conyugal grave, estableciéndose la necesidad de una intervención terapéutica para el menor en el recurso que se considere más apropiado dentro de la Red Socio-sanitaria. La Unidad de Menores en Riesgo Psíquico (UMERP) ofrece atención psiquiátrica y psicológica a niños y adolescentes con medidas de protección por parte de la Comunidad de Madrid (guarda y tutela), tanto ambulatoriamente como en su centro de residencia en casos excepcionales. Por último, el servicio cuenta con un programa específico de atención en la red de salud mental a menores con MEDIDA JUDICIAL. Material y métodos A través de un

modelo de presentación de casos clínicos, pretendemos que los asistentes a este taller dinámico se familiaricen con las diferentes situaciones clínicas y psiquiátrico-legales que se generan en el manejo diario de estos pacientes y sus familias / cuidadores. Por otro lado, a través de una revisión de la evidencia, se pretende que los asistentes adquieran el conocimiento necesario sobre las peculiaridades de estos grupos específicos de menores, así como sobre los requisitos necesarios para desarrollar programas específicos de atención a los mismos. Las dudas e inquietudes de los profesionales asistentes contribuirán sin duda al avance en el conocimiento y en la calidad de los recursos mencionados. Conclusiones Los menores en situación de riesgo psíquico son especialmente vulnerables a padecer un trastorno mental a lo largo de su vida, el cual se relaciona generalmente con un peor pronóstico a corto y largo plazo. Es necesaria una mayor formación en el manejo psiquiátrico y legal de estos grupos específicos de población y para ello los primeros pasos son conocer la realidad asistencial actual y ofrecer talleres de actualización y manejo centrados en la clínica.

### REFERENCIAS

1. [www.madrid.org/hospitalgregoriomaranon/psiquiatriainfantojuvenil](http://www.madrid.org/hospitalgregoriomaranon/psiquiatriainfantojuvenil)



---

### **T3 PSICOFARMACOTERAPIA EN LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y EN LOS TRASTORNO DEL NEURODESARROLLO**

#### **PONENTES**

Herreros Rodríguez Óscar; González Domenech Pablo  
Hospital Universitario Materno-Infantil de Granada; Práctica privada

---

Los trastornos del neurodesarrollo, tal como los encuadra el DSM-5, han pasado de ser entidades clínicas raras a enfermedades comunes que trascienden los primeros años del desarrollo de la persona para mantenerse a lo largo de toda su vida. Así, en los Trastornos del Espectro Autista se ha pasado en pocos años de considerarlos Enfermedades Raras a prevalencias del 0,8%.

Por otra parte, han sido entidades clínicas que clásicamente se han encuadrado en un paradigma etiológico psicológico y, consecuentemente, en un abordaje psico-social.

Igualmente, las discapacidades intelectuales se han considerado clásicamente entidades nosológicas

“cerradas”, apenas enfermedades, sin posibilidad de intervención más allá de lo residencial, y en las que raramente se reconocían, y casi nunca se trataban, sus frecuentes comorbilidades psiquiátricas.

Frente a esto, los conocimientos neurobiológicos sobre su génesis y los datos de la medicina basada en pruebas confieren un papel crítico a su concepción desde el paradigma bio-médico, y su abordaje psicofarmacológico.

El objetivo de este taller es proponer un espacio de discusión sobre los tratamientos psicofarmacológicos de este grupo de trastornos, dirigido especialmente a psiquiatras en formación, así como a especialistas interesados.

---

### **T4 ACTUALIZACIÓN EN EVALUACIÓN E INTERVENCIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA EN T.E.A A LO LARGO DE LA VIDA**

#### **PONENTES**

Valverde Gómez Magdalena; Ferre Aguilera Maria Del Mar  
Ibsmia Ibiza y Formentera; Asociación de Asperger de Ibiza y Formentera

---

La evaluación y el tratamiento del Trastorno del Espectro Autista es multidimensional, complejo y se ha de hacer a lo largo de la vida de las personas dentro del espectro del Autismo. A partir de la publicación del DSM 5 se han introducido ciertos cambios que incluyen una manera diferente de entender los Trastornos del Espectro Autista. Estos han pasado a ser entendidos como un espectro sintomático con un perfil sintomático, unas necesidades y unas condiciones asociadas. Esta redefinición y expansión de los actuales criterios diagnósticos conllevan una necesidad de actualizar y redefinir las pruebas de evaluación así

como las intervenciones específicas. La heterogeneidad sintomática de las personas diagnosticadas con un TEA también hace necesaria esta actualización así como la unificación de procesos de evaluación e intervención. En el taller propuesto se expondrán de forma detallada y práctica las recomendaciones revisadas basadas en la evidencia recogidas en las principales guías clínicas en el ámbito de la evaluación; de sintomatología central del TEA y de sintomatología asociada. Así como las intervenciones revisadas basadas en la evidencia tanto con la exposición de programas específicos como de intervenciones estratégicas por áreas clínicas concretas



---

## **T5 CIRCUITO DE DETECCIÓN, EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN TEA EN LAS ISLAS BALEARES**

### **PONENTES**

Andrés Tauler Juana M<sup>a</sup>; Perellada Mara; Pazos Arciniega María

Institut de Salut Mental de la Infància i Adolescència (IBSMIA); Hospital General Universitario Gregorio Marañón; Servei d'atenció a la Diversitat. Illes Balears

---

### **RESUMEN**

Las dificultades incluidas en los Trastornos del Espectro Autista incluyen un rango amplio de síntomas que afectan a la funcionalidad diaria del niño ya su integración en las diferentes facetas diarias. Su incidencia está aumentando en las últimas décadas en parte debido a una mayor sensibilización de la población y formación a profesionales en las señales de alarma del trastorno.

EADISOC son las siglas de “Equip de Avaluació de les Dificultats de Socialització i Comunicació”. Se trata de un método de trabajo basado en las recomendaciones

del Plan Autism of Children (2003) desarrollado en Reino Unido. Está enfocado en la detección, evaluación y diagnóstico precoz de casos sospechosos de padecer un Trastorno del Espectro Autista. Forma de trabajo instaurada en 2010 cuenta con amplia experiencia en la colaboración con equipos de orientación de Educación.

Se pretende presentar el método de trabajo planteado por la experiencia anglosajona y adaptado a recursos de las Islas Baleares, así como contrastar con el abordaje desde una unidad de referencia de autismo a nivel nacional.

---

## **T6 LA PRÁCTICA CLÍNICA EN LA ATENCIÓN A MENORES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y TRASTORNOS DE SALUD MENTAL**

### **PONENTES**

Raventós Simic Jasna; Morey Cañellas Jaume; Vicent Jose

Hospital Universitario Son Espases; Hospital Universitario Son Espases; AMADIBA

---

1. Enfermedad mental y trastorno de conducta en discapacidad intelectual 2. La atención psiquiátrica en la infancia y adolescencia en ubicaciones no psiquiátricas: programa de intervención en colegios de educación especial y aulas UEECO. 3. Intervención psicoeducativa en menores con discapacidad intelectual y trastornos de salud mental La discapacidad intelectual es un trastorno caracterizado por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, alteraciones que se manifiestan durante el periodo de desarrollo. Los problemas de salud mental pueden afectar a las personas con discapacidad intelectual como a cualquier otra persona; las personas con discapacidad

intelectual tienen una mayor vulnerabilidad que les condiciona a una mayor probabilidad de padecer problemas de salud mental. Se estima que hasta un 50% de personas con discapacidad intelectual padece trastornos de salud mental, aunque la gran mayoría, hasta el 75%, no se diagnostican ni identifican. Esto dificulta aún más su aprendizaje, aumenta su discapacidad y disminuye su calidad de vida. Diagnosticar adecuadamente la enfermedad mental en las personas con discapacidad intelectual resulta más complicado que si la persona no presentara la discapacidad dado que muchas veces la sintomatología se enmascara con un trastorno de conducta. Hasta los años 80 se mantuvo la teoría que postulaba que



las personas con discapacidad intelectual no tenían la capacidad cognitiva para poder desarrollar trastornos de salud mental por lo que apenas existe evidencia científica que apoye las intervenciones en esta población. Muchos individuos con discapacidad intelectual tienen niveles de funcionamiento intelectual bajos pero pueden funcionar bien en otras áreas. Reconocerlo es crucial para darles la oportunidad de participar y sacar provecho en programas educativos. En el año 2009, en Mallorca, desde el equipo de psiquiatría de la infancia y adolescencia, se ofreció la posibilidad de realizar las consultas a los

menores con discapacidad intelectual en el centro de educación especial donde estaban escolarizados, de cara a evitar las dificultades derivadas del desplazamiento al centro de salud y de la espera a la visita. El trabajo en ubicaciones no psiquiátricas puede reducir la resistencia de las familias a ser atendidos. La justificación de este tipo de atención se basa en que tanto la sintomatología que presentan los pacientes con discapacidad intelectual como sus necesidades clínicas son diferentes de las de otros pacientes con trastornos de salud mental.

## **T7 PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPEÚTICA EN UN HOSPITAL DE DÍA INFANTIL: EL PROGRAMA DE TR. DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE ANSIEDAD SOCIAL EN LA PRIMERA INFANCIA**

### **PONENTES**

Gutiérrez Priego Silvia; Álvarez Fernández Sonia; Sanz Beatriz  
Hospital Infantil Niño Jesús

### **OBJETIVOS**

- Descubrir las ventajas en la elaboración del plan individualizado de tratamiento: de la historia clínica y observación sistemática en hospital de día.
- Analizar y discutir las ventajas e inconvenientes del programa de trastornos de la conducta alimentaria intensivo, en hospital de día infantil, en los casos de comorbilidad con los trastornos del espectro autista de los que no tienen dicha comorbilidad.
- Proponer el hospital de día de como un recurso que permite realizar abordajes en los trastornos de la regulación emocional y de los trastornos de ansiedad social, siendo dicha intervención terapéutica integral (paciente, familia, colegio).
- Proponemos discutir casos clínicos tanto de ponentes como de participantes en el taller enfocados a elaborar planes de tratamiento integrales.

### **RESUMEN**

La psicopatología grave en la primera infancia comprende trastornos del neurodesarrollo y emocionales

que comprometen profundamente el desarrollo del niño. El programa de tratamiento intensivo de hospital de día, permite realizar la observación diagnóstica estructurada, el plan de tratamiento individualizado, el trabajo terapéutico con las familias y la coordinación escolar.

Planteamos a través de viñetas y casos clínicos el desarrollo de un programa de intervención en los trastornos de la conducta alimentaria en la primera infancia tanto en pacientes con comorbilidad con trastornos del neurodesarrollo como el trastorno del espectro del autismo sin discapacidad intelectual ni deterioro del lenguaje acompañante, de la patología alimentaria en forma de trastornos evitativos restrictivos/comedores selectivos, sin otras comorbilidades del neurodesarrollo. En forma de un programa de etapas sucesivas de exposición, desensibilización sensorial e introducción de texturas y alimentos nuevos, junto al entrenamiento familiar.

También se desarrolla el programa de intervención y regulación emocional en niños con trastornos de la regulación emocional y entre ellos de ansiedad social y mutismo selectivo, en el contexto de la intervención intensiva en hospital de día, mediante exposiciones



88

progresivas, técnicas de relajación y expresión emocional que faciliten la externalización de “sus miedos”.

En nuestro hospital de día, ubicado en un hospital público pediátrico se aplican intervenciones terapéuticas individuales, grupales, y de díada padres-hijos, incluyendo modificación de conducta, relajación, autorregulación emocional y habilidades sociales.

En este taller invitamos a conocer la clínica de la primera infancia, a través de su historia clínica, observación sistemática y elaboración de un plan de tratamiento enfocado en los problemas alimentarios y de ansiedad social de la primera infancia. Para ello se discutirán casos clínicos presentados tanto por los ponentes como por los participantes en una sesión interactiva.



---

## SIMPOSIOS

---

### S1 LA CALIDAD EN LA ASISTENCIA EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

---

#### **La evaluación de la calidad como instrumento de mejora en la asistencia, una experiencia en la implementación de un modelo de calidad total en la sanidad pública**

*Dra. Carmen Moreno - H.G.U. Gregorio Marañón, Madrid*

---

#### **Abstract**

Las organizaciones que quieran alcanzar un alto grado de rendimiento deben estar preparadas para adaptarse a los cambios en las demandas y necesidades de cada momento. En el sistema sanitario, el principal cambio ha sido pasar de un enfoque meramente clínico-asistencial en el que la oferta precedía a la demanda, a incluir la manera de gestionar, la orientación de los servicios al usuario o la participación de los profesionales en la toma de decisiones como aspectos fundamentales a la hora de mejorar la calidad de sus productos o servicios y adecuarlos a las necesidades de la sociedad. Los sistemas de Gestión de la Calidad Total basan su desarrollo en la autoevaluación de las organizaciones como método de mejora continua.

En el Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del HGU Gregorio Marañón incluimos un sistema de calidad total, el European Foundation for Quality Management (EFQM), para organizar el trabajo en calidad desde su puesta en marcha. El EFQM supone la participación activa y el trabajo en calidad por parte de todos los integrantes del Servicio, que se organizan en grupos multidisciplinarios. En nuestro Servicio, estos grupos tratan aspectos relacionados, entre otros, con los

resultados (asistenciales, en salud, en investigación), la seguridad de pacientes y trabajadores, la satisfacción tanto de los usuarios como de las personas del Servicio, o las relaciones con los diferentes aliados. Los compromisos del Servicio se plasman en dos Cartas de Servicios, cuyos resultados anuales están disponibles en el portal de transparencia de la Comunidad de Madrid, y en el Plan Estratégico del Servicio, que se evalúa de manera anual y se revisa cada 4 años. El modelo propone un repaso por todos los aspectos que pueden determinar los resultados finales para identificar las áreas que deben ser potenciadas y aquellas en las que se deben implantar acciones de mejora. El trabajo realizado por los distintos grupos de calidad se supervisa en reuniones de gestión trimestrales en las que participa todo el Servicio y, de manera periódica, mediante la evaluación externa por expertos en calidad. Las evaluaciones externas han llevado al reconocimiento del Servicio con distintos premios nacionales e internacionales y con el sello EFQM +500 de Excelencia Europea. En esta ponencia se detallará el trabajo en calidad total de nuestro Servicio y se profundizará en las estrategias puestas en marcha para su desarrollo y el resultado de las mismas.



---

### Indicadores de calidad asistencial en atención ambulatoria y hospitalización parcial

*Dra. Rosa Calvo - CSMIJ del Hospital Clínic, Barcelona*

*Dra. Luisa Lázaro García - Hospital Clínic, IDIBAPD. CIBERSAM. Universidad de Barcelona*

---

#### Abstract

Desde las instituciones sanitarias de Barcelona en el año 2009 se inició un proceso de Benchmarking orientado a promover la mejora a partir de la comparación externa, en los equipos de salud mental y las entidades proveedoras de estos servicios de ésta ciudad., siendo en la actualidad un proyecto ya consolidado. En la elaboración de los indicadores finales participó un grupo de trabajo de clínicos junto con un equipo técnico, a partir de propuestas desarrolladas por diversos organismos nacionales e internacionales. Además, en los últimos años, también se han ido sentando, de forma consensuada, las bases de lo que serían los objetivos de calidad asistencial de los hospitales de día de niños y adolescentes.

A lo largo de estos años, se ha podido monitorizar la evolución de los servicios, facilitado el intercambio entre clínicos y gestores, y dotado de mayor transparencia y calidad al sistema. La identificación de los referentes externos de calidad requiere incorporar dimensiones e indicadores que den una visión global del centro, lo que conlleva incluir indicadores relacionados con la coordinación, integralidad, longitudinalidad, satisfacción del usuario, dimensiones más innovadoras en el ámbito de la evaluación.

En general, la incorporación de criterios de buena práctica y la posibilidad de trabajar en los ámbitos

particulares de mejora, ha favorecido una evolución positiva de la calidad asistencial en los equipos de salud mental del territorio. El Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil del Hospital Clínic, estimulado por la comparación con el resto de equipos, y gracias a la implicación y cooperación de todos sus miembros, ha experimentado un avance en la calidad de sus procesos y resultados asistenciales. Así, en el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) de l'Eixample, ha aumentado el número de visitas que se proporciona a cada paciente y su familia coincidiendo con el incremento en porcentaje de diagnósticos considerados Trastorno Mental Grave (TMG) que se atienden. También la accesibilidad y la facilitación de la continuidad con la atención en equipos de salud mental de adultos han mejorado, situando al CSMIJ Eixample entre los mejor valorados del territorio. Respecto a los indicadores de calidad de hospital de día se estudian por una parte en función de la estructura del recurso, el proceso realizado y los resultados obtenidos, y por otra, agrupados en dimensiones que incluyen la atención a la persona y familia, aspectos relacionales y aspectos éticos de la atención, coordinación y continuidad de la atención; y gestión de la calidad y otros aspectos organizativos de hospital de día.



---

## Evaluación de la satisfacción de los usuarios

*Dr. Carlos Imaz - CSMIJ del H. Río Hortega de Valladolid*

*Dr. Enrique del Castillo Díez - PFG Facultad de Medicina Universidad Valladolid*

---

### Abstract

La calidad en los servicios sanitarios tiene relación con los resultados obtenidos, dentro de lo puede ser esperable, y la respuesta dada, de acuerdo con la evidencia existente. Satisfacer las necesidades de los usuarios y reducir la sintomatología serán objetivos de la intervención. Pero dicha intervención será de calidad si podemos evaluar y obtener un feedback de los resultados que nos permiten adaptar, y dar respuestas más ajustadas, a las evidencias científicas y a la percepción de los usuarios.

Por tanto, conocer la satisfacción de los usuarios sería fundamental para un sistema de salud centrado en el usuario y en el que se pueda mejorar la continuidad de cuidados. Pero ¿conocemos el grado de satisfacción de los usuarios? ¿Respondemos a sus expectativas? ¿Influye la satisfacción del paciente, de la familia, en las interrupciones en el seguimiento? O ¿qué otros factores pueden influir?

Revisar el concepto de satisfacción del usuario en salud mental del niño y del adolescente como un componente de la calidad, presentar algunas herramientas para su medición, aportar datos de la satisfacción en una consulta y proponer indicadores más apropiados para la evaluación son los objetivos de dicha comunicación. Para ello se analizarán específicamente los abandonos en el seguimiento de una consulta de un Centro de Salud Mental del Niño y del Adolescente del área Oeste Valladolid, como una experiencia inicial. En 2017 se atendieron como primera consulta 104 sujetos entre 5 y 17 años a los que se les valorará la satisfacción con la escala Ohio, para padres y para pacientes y padres entre 12 y 18 años. Evaluar los factores relacionados con la continuidad en el tratamiento, por la gravedad inicial, las características sociodemográficas, etc

---

## S2 TRASTORNO LIMITE DE PERSONALIDAD EN EL ADOLESCENTE: CLINICA, COMORBILIDAD Y TRATAMIENTO

---

### Trastorno límite de personalidad en el adolescente: epidemiología, clínica y comorbilidad con el trastorno disocial

*Dra. Aránzazu Fernández Rivas - H. Universitario Basurto, Bilbao*

---

### Introducción

La prevalencia del Trastorno límite de personalidad (TLP) en la adolescencia es entorno al 7,1% de los varones y el 8,5% de las mujeres adolescentes, estando el 3% gravemente afectados por este trastorno. El pico de máxima incidencia de TLP en la adolescencia ocurre a los 14 años de edad. Este trastorno se caracteriza por presentar marcada desregulación emocional, impulsividad, autolesiones y riesgo suicida, difusión de

identidad, conflictiva interpersonal y frecuentes síntomas o trastornos comórbidos, como son el Trastorno Disocial (TD) y el Trastorno de Conducta Alimentaria.

### Material y Métodos

Para el estudio de la comorbilidad entre el TLP y el TD se presentan los resultados del proyecto europeo multicéntrico FemNAT-CD (Neurobiology and Treatment of Adolescent Female Conduct Disorder: The Central



Role of Emotion Processing) centrado en el estudio de los TD en la adolescencia, específicamente en mujeres. Se analiza una muestra de 352 mujeres adolescentes con TC recogidas en 6 diferentes países europeos. Como instrumentos para la valoración del diagnóstico y comorbilidad se utilizan K-SADS, CBCL y MAYSI-II. El DIPD-IV se utilizó para la detección de rasgos límites o TLP. Así mismo se evaluaron las experiencias traumáticas referidas por las participantes (CECA-Q), el tipo de conductas agresivas (RPQ y RAQ) y los rasgos psicopáticos que presentaban (ICU, YPI)

### Resultados

de las 352 adolescentes disociales, 75 presentaban TLP y 51 rasgos límites de personalidad. No se hallaron diferencias entre grupos respecto a la edad o nivel intelectual. Se presentan las diferencias clínicas (comorbilidad, gravedad del TD, tipo de agresividad y experiencias previas de maltrato o abuso sexual) entre los tres grupos de adolescentes con TD.

### Conclusiones

el TLP es una entidad clínica comórbida frecuente

en las mujeres adolescentes con TD llegando incluso a poder considerarse el TD-TLP como un subtipo clínico de TD en mujeres adolescentes.

### BIBLIOGRAFIA

1. James LM, Taylor J. Revisiting the structure of mental disorders: Borderline personality disorder and the internalizing/externalizing spectra. *British Journal of Clinical Psychology* (2008) 47: 361-380
2. Stepp SD, Burke JD, Hipwell AE, Loeber R. Trajectories of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant disorder Symptoms as Precursors of Borderline Personality Disorder Symptoms in Adolescent Girls. *J Abnorm Child Psychol* (2012); 40(1): 7-20
3. Vaillancourt T, Brittain HL, McDougall P, Krygsman A, Boylan K, Duku E, Hymel S. Predicting borderline personality disorder symptoms in adolescents from childhood physical and relational aggression, depression, and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Development and Psychopathology* (2014); 26: 817-830.

---

## Comorbilidad entre rasgos límite de personalidad y trastorno de conducta alimentaria en la adolescencia

*Dras. Jana González y Beatriz Payá - H. Universitario Marqués de Valdecilla, Santander*

---

### Introducción

La literatura existente muestra la existencia de una comorbilidad entre rasgos disfuncionales de personalidad y los Trastornos de conducta alimentaria (TCA), postulándose esta asociación como una variable pronóstica, de adherencia al tratamiento y de evolución. El objetivo del trabajo persigue identificar la prevalencia de rasgos disfuncionales de personalidad, asociados al temperamento límite/explosivo (alta búsqueda de novedades, alta evitación al daño, baja dependencia a la recompensa), en una muestra adolescente de pacientes con TCA y la implicación de estos en la evolución de la enfermedad a los 4 años.

### Métodos

Se estudió una muestra de 45 adolescentes que

cumplían criterios diagnósticos DSM-IV para un TCA y 45 sujetos sanos, pareados por edad y sexo.

Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y de evolución de la enfermedad. Los rasgos de temperamento y carácter fueron medidos a través de la aplicación del inventario de Temperamento y carácter revisado (TCI-R), evaluando temperamento, (búsqueda de novedades, evitación del daño, dependencia de la recompensa y persistencia) y el carácter, (autodirección, cooperación y autotranscendencia). En una segunda fase se reevaluó a los pacientes 4 años después del primer contacto.

### Resultados

Los sujetos control muestran mayor autodirección, cooperación y dependencia de la recompensa, mientras



que los TCA presentan mayor puntuación en evitación del daño. En el grupo de BN destaca la mayor búsqueda de sensaciones mientras que en el grupo de AN se objetiva una mayor persistencia.

A los 4 años se objetivan altas tasas de abandono en la muestra (47%) sin evidenciarse relación entre el abandono y los rasgos de personalidad. Una alta puntuación en “evitación del daño” y una puntuación baja en “autodirección” se asociaron a un peor pronóstico a los 4 años.

### **Conclusiones**

Conforme a la literatura previa, los rasgos desadaptativos en temperamento/personalidad, elevada evitación del daño y una baja autodirección, actúan como

factor de vulnerabilidad y predisponen al desarrollo y al mantenimiento del trastorno conducta alimentario.

El papel de la personalidad debe tenerse en cuenta para implementar nuevas estrategias preventivas y terapéuticas. En esta ponencia se discutirán la implicación de los diferentes rasgos de personalidad disfuncionales, centrándonos en el perfil límite/explosivo, en la evaluación e intervención de los TCA en base a la experiencia clínica de nuestra unidad.

### **BIBLIOGRAFIA**

1. Atiye M., Meta-Analysis of Temperament in Eating Disorders, *European Eating Disorders Review*, 2014

---

## **Tratamiento del trastorno límite de personalidad del adolescente mediante terapia dialéctica conductual**

*Dra. Eva Sesma Pardo - H. Universitario Basurto, Bilbao*

---

### **Introducción**

En los últimos años han aparecido investigaciones de índole cuantitativa que evalúan la efectividad de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) en adolescentes con problemas de impulsividad y/o desregulación emocional con resultados alentadores. Sin embargo, aún se carece de estudios cualitativos que aporten la valoración subjetiva de los adolescentes que han seguido dicha terapia.

### **Material y Métodos**

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 y desregulación emocional que han realizado la formación en habilidades psicosociales según el modelo de Terapia Dialéctica Conductual.

### **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 que han participado en este estudio han valorado de forma positiva los resultados del Entrenamiento grupal en Habilidades de TDC e incluso recomiendan que se aplique también en población general como medida para favorecer la maduración saludable del adolescente. Destacan la importancia de estar motivados (motivación) para poder aprovechar lo que se les enseña en la terapia. Así mismo señalan cómo el efecto beneficioso surge con el paso del tiempo aplicando lo aprendido en la terapia. Las habilidades más valoradas son las habilidades orientadas a la aceptación (mindfulness y habilidades de tolerancia al malestar). A través de sus narrativas aseguran que tras su paso por la experiencia grupal adquieren habilidades para manejar su malestar en situaciones de crisis y de forma paralela, acontecen cambios intrapsíquicos, como la mejora de su capacidad reflexiva, lo cual les permite llegar a teorizar sobre las dificultades que presentaron en el pasado y comprenderse mejor en el presente.



## BIBLIOGRAFIA

1. Linehan, M. (1993a). Cognitive-behavioral treatment of Borderline Personality Disorder. New York: Guildford Press.
2. Linehan, M. (1993b). Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder. New York: Guildford Press.
3. Linehan, M. Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad tipo límite (2003). Barcelona: Paidós.
4. Miller, A. L., Rathus, J.H., & Linehan, M.M., (2006). Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. New York: The Guilford Press.
5. Rathus, J. U., & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 146–157.

---

## S3 PROGRAMAS DE PARENTALIDAD BASADOS EN LA EVIDENCIA A LO LARGO DEL DESARROLLO: LA EXPERIENCIA INGLESA

---

### Intervención con video-feedback para la promoción del cuidado y la disciplina sensible

*Dra. Marina Fàbrega Ribera - Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat*

---

La intervención con Video-Feedback para la Promoción del cuidado y la Disciplina Sensible (VIPP-SD, de sus siglas en inglés en Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline) se desarrolló en la Universidad de Leiden, Holanda.

Se caracteriza por ser una intervención individual, de corta duración, que tiene lugar en el domicilio de la familia y con finalidad preventiva. El objetivo del VIPP-SD es aumentar la sensibilidad de los padres o cuidadores y mejorar las estrategias de disciplina. Así, por un lado, se estimula la aparición de interacciones positivas entre los niños/as y los padres o cuidadores/as; y por el otro, se pretende conseguir una prevención o reducción de las dificultades conductuales de los niños/as.

La intervención va dirigida a padres de niños/as de hasta 5 años de edad con problemas conductuales o riesgo a desarrollarlos (agresividad, oposicionistas, hiperreactivos). Es una intervención manualizada que consiste en 6 sesiones que se desarrollan en casa de los participantes, de unos 90 minutos de duración. Durante la sesión se graban videos de diferentes tareas/juegos en las que se puede observar la interacción padre-

madre/hijo-a (una comida, leer un cuento, cantar una canción, construir una torre, hacer un puzzle, etc.). Estos videos son analizados posteriormente por el interventor para comentar colaborativamente algunos fragmentos seleccionados en la siguiente sesión con los padres (videofeedback), reforzando aspectos positivos relacionados con la sensibilidad, la disciplina, el neurodesarrollo, la reciprocidad.

La eficacia de VIPP-SD ha sido demostrada en la literatura científica, mostrando un mayor uso de estrategias de disciplina positiva tras la intervención por parte de los participantes y una mejoría significativa en la calidad de cuidado del niño/a en casa. También se ha visto en algunos estudios que, a largo plazo, disminuiría la aparición de trastornos externalizantes.

Actualmente, en Reino Unido se está realizando un estudio aleatorizado analizando la coste-efectividad de la intervención en familias con niños entre 1 y 3 años de edad con alteraciones conductuales.

Se presentará el racional de la intervención, la estructura de la misma, así como algún video con ejemplos



## **Empoderando padres empoderando comunidades**

*Dña. Leire Fernández Cubillas - King's College London*

El programa Empoderando Padres Empoderando Comunidades (EPEC, de sus siglas en inglés Empowering Parents Empowering Communities) es un programa de intervención comunitario manualizado, que se implementa en Australia y Reino Unido. Se caracteriza por formar a padres de la propia comunidad, con el objetivo de que ellos mismos, tras superar un programa de entrenamiento y formación, con la colaboración y bajo la supervisión quincenal de expertos en parentalidad, lideren grupos de padres, principalmente en áreas y comunidades socialmente desfavorecidas. Los cursos son liderados por dos facilitadores, oscilan entre los 8 y 12 asistentes y consta de 8 sesiones, las cuales tienen una duración de 2 horas y se realizan con una frecuencia semanal.

Todos los cursos emplean distintas actividades y metodología, como análisis de videos, reflexiones grupales y role-playing, así como discusión y puesta en común de tareas para la casa.

EPEC ha desarrollado los siguientes cursos:

- Nuestro bebé y yo (Baby and US): Curso de padres universal dirigido a padres y madres de bebés (0-12 meses). El programa incluye a los bebés y a sus

padres en las sesiones.

- Ser padre (Being a parent): Curso de padre específicamente dirigido a padres y madres con hijos de entre 2 y 11 años que presentan problemas de conducta o riesgo de padecerlos. Este programa cuenta con un ensayo controlado aleatorizado que avala su eficacia a la hora de reducir problemas de conducta infantiles y mejorar las habilidades parentales (Day et al., 2012).
- Viviendo con adolescentes (Living with teenagers): Curso dirigido a padres de adolescentes.
- Otros programas: EPEC también ha desarrollado bajo los mismos principios cursos para padres y madres cuyos hijos presentan Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), Trastornos de Espectro Autista y para familias residiendo en alojamientos para personas sin hogar.

Se presentará el racional de la intervención, su estructura, los resultados de un estudio preliminar pendiente de publicación, así como la experiencia en dos grupos de padres y bebés y un grupo de padres de niños entre 2 y 11 años.

## **Entrenamiento parental personalizado e individualizado**

*Dr. Daniel Ilzarbe Simorte - Hospital Clínic de Barcelona/IDIBAPS*

El Entrenamiento Parental Personalizado e Individual (PIPT, de sus siglas en inglés Personal Individualized Parent Training) es una intervención de entrenamiento de padres individual desarrollada por el Equipo de Adopción y de Acogida (Adoption and Foster Care Service), perteneciente a la South London and Maudsley Hospital NHS Foundation Trust (Londres, Reino Unido). El PIPT es una intervención en un formato individual para niños/as entre 3 y 8 años con problemas de conducta adaptado del modelo de McMahon y Forehand's (McMahon & Forehand, 2003). Este modelo está basado en la teoría

del aprendizaje social y la teoría del apego.

El PIPT busca apoyar a los padres para que ofrezcan atención de manera frecuente y positiva a sus hijos (elogio, refuerzos, ánimo) cuando el niño/a está comportándose de la manera correcta y busca reducir la atención negativa (críticas, preguntas). De esta manera, se mejoran las relaciones y se incrementan las interacciones positivas. Se promueve disminuir la cantidad de atención que se le da a la mala conducta (gritar, explicar, negociar), en vez de retirar ese reforzamiento (ignorar, usar tiempo fuera) o proporcionar una consecuencia no punitiva (límites



adecuados). Y en casos extremos, asegurar que las expectativas para la conducta son claras y que la respuesta parental es consistente (claridad y consistencia).

La intervención consiste en un entrenamiento de entre 6 y 8 sesiones, estructuradas en dos fases (guiada por el niño y dirigida por el padre/madre). El PIPT incluye modelado, role-playing y práctica para casa. Se

reparten materiales para que los padres dispongan de la información que se trabaja en la clínica también en su domicilio.

Se presentará el racional de la intervención, la estructura de la misma, algunos casos clínico prácticos y ejemplos del material empleado.

---

## S4 PSICOPATOLOGÍA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON PESOS EXTREMOS

---

### Estudio de la prevalencia de los problemas psicológicos en niños con sobrepeso y obesidad

*Dra. Ana R. Sepúlveda García - Facultad De Psicología, Universidad Autónoma De Madrid.*

---

#### Introducción

La obesidad infantil, como problema de salud, conlleva a largo plazo un gran deterioro en la calidad de vida de la persona. Se ha intentado conceptualizar la obesidad desde distintos modelos psicodinámicos, psicosomáticos, conductuales y cognitivo-conductuales. El modelo Harrison et al. (2011) trata de integrar las influencias hereditarias, y poder adaptarse a cualquier estadio del desarrollo del niño, se completa con una conceptualización de las relaciones de mediación entre los distintos contextos psicopatológicos de la familia y su influencia en el desarrollo del menor (Hemmingsson, 2014).

#### Objetivos

Desde esta perspectiva conceptual, se van a mostrar los distintos resultados empíricos realizados a través de un estudio de 170 niños con sobrepeso/obesidad de 8-12 años y sus familias desde la investigación del equipo "ANOBAS", referida al estudio de los factores de riesgo bio-psico-familiar. Metodología: Tras una entrevista semiestructurada familiar (K-DSAS), las madres y sus hijo/as completaron una batería de cuestionarios.

#### Resultados

Se obtuvo que un 56% de la muestra presentaba un trastorno psicológico, más común un trastorno de ansiedad (36%) y trastorno del estado del ánimo (12%). Un 40,6% de las madres presentaron puntuaciones por encima del punto de corte en EE, se asoció a puntuaciones significativamente más altas en ansiedad y depresión en los hijos y puntuaciones significativamente más bajas en autoestima global y estima corporal. Siendo 2,77 veces más probable que los niños con obesidad infantil tengan un trastorno psicológico en aquellas familias con alta EE. En paralelo, se han analizado los perfiles psicopatológicos maternos y del niño, con un diseño caso-control de 50 niños con obesidad ( $P > 97$ ) versus 50 niños sanos y sus familias para examinar las diferencias entre los factores bio-psico-familiares.

#### Conclusión

es importante realizar evaluaciones adecuadas de estas variables desde atención primaria, por su posible relación en el desarrollo o mantenimiento de la obesidad del niño, y con fines de intervención preventiva temprana.



## **Correlatos biológicos y psicopatológicos en adolescentes con anorexia nerviosa grave o extrema**

*Dra. Montserrat Graell Berna - Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid*

### **Introducción**

La anorexia nerviosa es el trastorno mental que presenta la tasa mortalidad más alta, debido en su mayor proporción a complicaciones médicas debidas a la desnutrición que producen las alteraciones conductuales (dieta restrictiva, vómitos y laxantes), psicopatológicas y emocionales. El estado de desnutrición genera además la aparición o un incremento de la intensidad de varios síntomas mentales, lo cual contribuye a la gravedad y mantenimiento del cuadro psicopatológico.

### **Objetivos**

El estudio ANABEL (Estudio Longitudinal de la Anorexia Nerviosa del Adolescente) pretende determinar y analizar las variables de valor pronóstico y los correlatos biológicos y psicopatológicos en los adolescentes con anorexia nerviosa a lo largo de un año de evolución con tratamiento especializado.

### **Metodología**

Estudio de 66 pacientes que inician consecutivamente tratamiento en unidad específica con diagnóstico de algún tipo de Trastorno de Comportamiento Alimentario (TCA). Se analizan variables de evolución clínica, psicopatológicas, psicométricas, familiares y biológicas (Índice de Masa Corporal –IMC-, células sanguíneas, proteínas, hormonas, adipocitoquinas y citoquinas séricas) a lo largo del primer año de tratamiento. Se comparan los correlatos biológico-psicopatológicos al inicio del tratamiento y al año entre dos grupos: (1)

Anorexia nerviosa leve o moderado y (2) Anorexia nerviosa grave o extrema según criterios DSM-5.

### **Resultados**

Al inicio del tratamiento hay (T0) 31 pacientes son ANR/p leves (IMC medio 17,555 sd 1,35) y 35 son ANR/P graves o extremas (IMC medio 14,72 sd 1,00). Al T0 entre los dos grupos existen diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) en: IMC, Ferritina, T3, Estradiol, Cortisol, “Tendencia a Adelgazar”, “Bulimia”, “Ineficacia” e “Impulsividad” del EDI-2 (menor puntuación en grupo leve), CDI, STAI estado, leptina, receptor soluble de leptina, TNF-alfa, Interleukina-2. A los 12 meses (T2) se hallan diferencias estadísticamente significativas entre el grupo leve o grave en IMC, “Bulimia” del EDI-2, STAI estado, leptina y TNF-alfa. El IMC entre T0 y T12 en ambos grupos es estadísticamente significativo.

### **Conclusiones**

Todos los pacientes mejoran su estado nutricional (IMC) tras un año de tratamiento. Existen más correlatos biológicos en los adolescentes con anorexia nerviosa grave o extrema tanto al inicio como al año de tratamiento, la psicopatología medida con cuestionarios refleja la escasa “conciencia de enfermedad” de los pacientes más graves que puede asociarse a estados de cambio precontemplativos. El estado de desnutrición marca la gravedad aunque la evolución es satisfactoria probablemente por la potencia e intensidad del tratamiento en este primer año.



---

**Trayectorias evolutivas en los trastornos del comportamiento alimentario**

*Dra. Mar Faya Barrios - Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid*

---

Los Trastornos del Comportamiento Alimentario, son enfermedades mentales graves con una morbi-mortalidad alta que tienden a manifestar un curso crónico sea cual sea la edad de comienzo de los mismos (APA, 2013). Estos Trastornos se pueden presentar en cualquier momento de la vida, en ocasiones como reactivación de un episodio anterior y en otras como un fenómeno nuevo e inesperado, pudiéndose realizar virajes entre los distintos subtipos clínicos. El curso de la enfermedad dependerá de la trayectoria evolutiva que siga. Es por ello que creemos fundamental, desde la posición privilegiada de Psicoterapeutas de Trastornos del Comportamiento Alimentario en Niñ@s y Adolescentes, conocer aquellos factores tanto de riesgo como de protección que harán que un determinado paciente transite en una u otra dirección desde la desnutrición a la malnutrición y desde ésta al sobrepeso y obesidad. Se analizarán factores biológicos, psicológicos, familiares, sociales y culturales. En la literatura encontramos que la edad temprana de inicio,

la duración prolongada del seguimiento y la duración adecuada de la primera hospitalización, parecen ser factores de buen pronóstico (Arcelus, 2011). Otras variables como mayor IMC al inicio del tratamiento sabemos que mejorará la evolución del TCA (Vall y Wade 2015). Estos datos se corresponden con la casuística que manejamos en un Estudio Observacional y Longitudinal (ANABEL) llevado a cabo en nuestro Servicio en colaboración con la Universidad Autónoma de Madrid con N= 115 mujeres adolescentes con Edad M= 15 años (DT=1.35) a 2 años para el estudio de variables -nutricionales, hormonales, psicopatológicas, familiares y sociales- de resultado en TCA de inicio adolescente. Conocer los factores tanto de buen pronóstico como de mal pronóstico, permitirá avanzar en tratamientos eficaces e individualizados para mejorar los programas de Tratamientos para los casos más resistentes (Kastner, 2015).

---

**S5 LAS CONDUCTAS AUTO-LESIVAS SIN IDEACIÓN SUICIDA EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS; PREVALENCIA EN POBLACIÓN GENERAL Y CLÍNICA; Y OPORTUNIDADES DE INTERVENCIÓN**

---

**La conducta autolesiva sin intención suicida: actualización del concepto y características**

*Dr. Daniel Vega Moreno - Hospital de Sant Joan de Deu, Esplugues de Llobregat*

---

Las conductas de autolesión no suicida (CANS) son un problema de salud pública. En los últimos años se ha observado un incremento de su incidencia entre adolescentes y adultos jóvenes, así como un creciente interés científico. Diferentes estudios con muestras comunitarias, en diferentes partes de mundo, sugieren que entre el 13 y el 45% de los adolescentes y jóvenes adultos

se han lesionado alguna vez en la vida. Concretamente en Europa, esta prevalencia alcanzaría el 27.6%. Una vez se aplican los nuevos criterios del DSM-5, estas tasas de prevalencia disminuyen considerablemente, aunque aún son pocos los estudios disponibles a este respecto. La prevalencia en contextos clínicos es aún mayor, situándose entre el 40% y el 60%. La mayoría



de personas que se autolesionan empiezan a hacerlo entre los 12 y los 16 años. Aquellos que lo hacen de manera recurrente, presentan más problemas funcionales y de rendimiento escolar. De manera relevante, cabe señalar que el hecho de autolesionarse recurrentemente representa un riesgo mayor de psicopatología y es el factor de riesgo más robusto asociado al suicidio. Desde un punto de vista evolutivo, algunos autores sugieren que las CANS constituyen un punto inicial en una trayectoria

heterotípica hacia la psicopatología, y enfatizan en la necesidad de detectar e intervenir a tiempo sobre aquellos jóvenes ‘en riesgo’. En este contexto, es especialmente importante el papel de internet y las redes sociales. Cabe señalar que en 2014 se realizaron 42 millones de búsquedas en Google que contenían el término CANS, y que muchas de las páginas web contienen imágenes explícitas de autolesiones e información errónea sobre y/o mitos falsos sobre éstas.

---

### **Prevalencia de la conducta autolesiva población infanto-juvenil**

*Dra. Anna Sintes Estévez - Hospital Clínic, Barcelona*

Las conductas autolesivas en población clínica infantojuvenil están incrementándose en los últimos años, según datos observacionales y cualitativos de los clínicos que realizan asistencia en hospitales con Servicios de psiquiatría infantil.

No obstante la prevalencia de estas conductas en muestras clínicas es en gran medida desconocida, por la falta de estudios en nuestro país.

Por otra parte, es conocida la elevada prevalencia de este tipo de conductas en niños y adolescentes procedentes de la comunidad.

Según estudios epidemiológicos recientes, como el Proyecto SEYLE, se estima que alrededor de un 30% de los jóvenes europeos y alrededor de un 25% de los jóvenes españoles se han autolesionado alguna vez a lo largo de la vida.

Además, en muestras comunitarias, se observa una mayor prevalencia de conductas autolesivas en chicas, y en ambos sexos, una asociación de este fenómeno con sintomatología ansiosa, depresiva e ideación o intentos de suicidio.

En población clínica, no existen en la actualidad estudios con la rigurosidad metodológica necesaria para la determinación de una prevalencia vital estimada.

Existen publicaciones con muestras muy reducidas, o bien con diagnósticos específicos (per ejemplo, autolesiones en trastornos alimentarios).

Un estudio piloto desarrollado en el Hospital de Sant Joan de Déu de Barcelona, llevado a cabo analizando población infantojuvenil hospitalizada en Psiquiatría (hospitalización completa y parcial) indica, además de un incremento progresivo de este tipo de conductas a lo largo de los últimos años (de 2012 a 2016), una prevalencia vital de este problema que llegó al 33% en 2016.

De este 33% de los jóvenes que se habían autolesionado al menos en una ocasión a lo largo de su vida, el 77% eran chicas, el 45% se realizaron cortes superficiales en la piel, y únicamente el 3,4% se autolesionaron por primera vez antes del ingreso, sugiriendo este dato que este tipo de conductas podrían representar una conducta de riesgo, tributaria de ser identificada con finalidades preventivas.



---

**Opciones terapéuticas para la conducta autolesiva: propuesta de un modelo de intervención**

*Dra. Pilar Santamarina Pérez - Hospital Clinic, Barcelona*

---

**Introducción**

La conducta autolesiva en el adolescente constituye un problema de salud pública debido a su alta prevalencia. Además, es el principal predictor de tentativas suicidas y suicidio consumado. La conducta autolesiva repetitiva está asociada con mayor presencia de psicopatología y de conductas de riesgo. A su vez, también se han identificado alteraciones fronto-límbicas y disfunciones cognitivas relacionadas con este tipo de conducta. Una de las principales causas en el origen de las autolesiones es la reducción de emociones intensas negativas, de hecho, estos adolescentes suelen mostrar una carencia de estrategias adaptativas para regular emociones. Por tanto, los jóvenes que presentan autolesiones repetitivas representan una población vulnerable que requiere de intervenciones eficaces. La terapia dialéctica conductual (TDC) fue originalmente desarrollada para adultos con conducta suicida para mejorar estrategias y regular emociones. La evidencia ha encontrado resultados eficaces principalmente en la reducción de autolesiones en adultos. En la última década, la TDC se ha adaptado para el tratamiento de jóvenes con conducta suicida, sin embargo, los estudios que demuestran su eficacia son todavía reducidos en este grupo de edad. El objetivo de este estudio fue comprobar la eficacia de la TDC comparado con un grupo de soporte en adolescentes con conductas autolesivas.

**Métodos**

La muestra estuvo formada por 35 adolescentes con conducta suicida repetitiva de edades comprendidas entre 12 y 18 años. Los participantes fueron aleatorizados a dos tipos de tratamiento: TDC (n=18) o grupo de soporte

(n=17). Ambos tratamientos consistieron en 16 sesiones grupales de frecuencia semanal con adolescentes y padres separados y sesiones individuales semanales o quincenales. El grupo de TDC se realizó siguiendo el manual de Rathus y Miller. El grupo de soporte no fue estructurado y consistió en hablar sobre preocupaciones o problemas que traían los pacientes. Las evaluaciones se realizaron antes y después de la intervención y consistieron en registrar: la frecuencia de la conducta autolesiva, el número de tentativas, Columbia-Suicide Severity Rating Scale C-SSRS, la ideación suicida (SIQ), impresión clínica general para la conducta suicida (CGI), Inventario de depresión de Beck (BDI-II), Inventario de personalidad límite (BPI).

**Resultados**

Las variables sociodemográficas y clínicas se distribuyeron de manera homogénea entre los dos grupos. Los análisis indicaron que la TDC fue significativamente superior al grupo control en reducir las autolesiones [0,89, (CI 95%: 0,7-1,71); p=0,034] y en mejorar la impresión clínica general [0,75, (CI 95%: 0-1,49); p =0,049]. Aunque no hubo diferencias en las otras medidas utilizadas, encontramos que el SIQ, C-SSRS y el BDI-II mejoraron significativamente después de recibir ambos tratamientos.

**Conclusión**

Este es el primer ensayo clínico que demuestra la eficacia de la TDC en adolescentes con conducta autolesiva comparado con un grupo de soporte. Estos encuentros sugieren que la TDC es un tratamiento eficaz en adolescentes con este tipo de conducta.



## S6 PREVENCIÓN, EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN EN EL TRASTORNO DE CONDUCTA A LO LARGO DEL DESARROLLO: TRASLACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN A LA CLÍNICA

**Interacción parento-filial, ansiedad y conductas difíciles en niñas y niños de 4-8 años en el espectro autista: desarrollo y evaluación de una medida observacional ciega (observation schedule for children with autism spectrum disorders – anxiety and behaviour - OSCA-AB)**

*Dr. Juan Armando Paris Pérez - King's College London*

### **Introducción**

Las conductas de difícil manejo y la ansiedad son un reto constante para las interacciones de la diada parento-filial, preocupación frecuentemente reportada por cuidadores de jóvenes en el espectro autista. Las estrategias de entrenamiento parental y atención temprana han mostrado eficacia. Son, sin embargo, cuestionados por basarse en reportes parentales, perdiendo potencia al evaluarse con herramientas ciegas a la intervención. Se diseña y valida una herramienta observacional como potencial medida de respuesta primaria en un ensayo clínico randomizado de entrenamiento parental para soporte a niños de 4-8 años en el espectro autista con dificultades conductuales y emocionales.

### **Material y Método**

Basada en herramientas validadas de observación parento-filial, se ha diseñado la Observation Schedule for Children with Autism Spectrum Disorders – Anxiety and Behaviour (OSCA-AB). A través de 8 tareas (dificultad según funcionamiento basal) simulando situaciones del día a día, busca suscitar ansiedad y conductas difíciles mediante incertidumbre, novedad/cambios ambientales, cooperación, respuesta a demandas, entre otras. Se codifica en la observación la frecuencia por tarea de conductas en los jóvenes (p.e. evitación, agresión, conformidad o no) y padres (p.e. comentarios positivos/negativos, modelaje, comandos), y otros códigos (p.e. ansiedad, afecto positivo/negativo, laxitud parental) en escalas globales tipo Likert.

Utilizando un modelo de efectos mixto a dos vías y el Coeficiente de Correlación Intraclase, se valora la

fiabilidad inter-evaluador de la OSCA-AB. La asociación entre resultados de la OSCA-AB y puntuación de reportes parentales (The Parenting Scale) y conducta infantil (Aberrant Behaviour Checklist, Home Situation Questionnaire-ASD) se calcula utilizando Coeficientes de Correlación de Pearson.

### **Resultados**

Hasta la fecha (n=18 observaciones), se observa: Un promedio de 26 eventos de conducta infantil difícil/preocupante son observadas en los aproximadamente 23 minutos de observación. La fiabilidad inter-evaluador adecuada para puntuaciones de la mayoría de variables infantiles (ICCs >.60 for 10/15; n=18). Elevada correlación entre resultados de la OSCA-AB y otras medidas de conducta infantil ( $r=.643$  and  $.614$  en la ABC Sub-escala de hiperactividad y la HSQ-ASD). La correlación entre conductas parentales observadas y reportes parentales de su propio desempeño son bajos ( $r=.012-.069$ ).

### **Conclusiones**

La OSCA-AB suscita un número importante de manifestaciones de ansiedad y conducta, en diferentes niveles funcionales y distintas características cualitativas. Su fiabilidad y validez siguen en proceso de confirmación, proyectándose la obtención de datos de observación de 50 familias pre y post-intervención para mayo de 2018. La OSCA-AB se considera una herramienta prometedora para estudiar de manera fiable e integral estos fenómenos y las estrategias parentales aplicadas in situ.



## BIBLIOGRAFIA

1. Daley, D. et al. Practitioner Review: Current best practice in the use of parent training and other behavioural interventions in the treatment of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017 Oct 30.
2. Bears, K. et al. Effect of Parent Training vs Parent Education on Behavioral Problems in Children With Autism Spectrum Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2015 Apr 21;313(15):1524-33.
3. Lecavalier, L. et al. Measuring Anxiety as a Treatment Endpoint in Youth with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*. 2014 May; 44(5): 1128–1143.

---

## Prevención de problemas conductuales en niños menores de 3 años mediante intervenciones de videofeedback y su aplicación a los trastornos del espectro autista

*Dra. Ainoa Mateu Mullor - Imperial College London*

---

### Introducción

Las intervenciones de videofeedback para promover el manejo parental positivo y la disciplina sensible (VIPP-SD) (Juffer, Bakermans-Kranenburg, & Van IJzendoorn, 2008), están basadas en la integración de la teoría del apego y la teoría de la coerción de Patterson y tienen como objetivos promover estrategias de manejo parental positivas y basadas en la sensibilidad y estrategias de disciplina adecuadas basadas en la sensibilidad con el fin de incrementar la sensibilidad paterna/materna y así mejorar las relaciones paterno-filiales. VIPP-SD ha sido aplicado en familias y centros de acogida en contextos clínicos y no clínicos, y se han realizado diversas adaptaciones para poblaciones específicas (Juffer, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2017). En el ámbito de la prevención, VIPP-SD se ha aplicado en la prevención de problemas conductuales en niños/as menores de 3 años (Ramchandani et al., 2017; Van Zeijl et al., 2006). Adaptaciones de esta intervención (iBASIS-VIPP) se han desarrollado para ser aplicadas a niños de 1 año con riesgo familiar de trastornos del espectro autista.

### Material y Método

Este estudio consiste de dos partes: la primera parte consiste en una revisión sistemática de la literatura de las intervenciones de VIPP-SD para la prevención de problemas conductuales y trastornos del espectro autista. La segunda parte consiste en el análisis cualitativo de una muestra aleatoria de grabaciones de audio de las sesiones de VIPP-SD de un estudio aleatorizado controlado de

VIPP-SD para prevenir los problemas conductuales en niños de 1 a 3 años: el estudio Healthy Start, Happy Start. (Ramchandani et al., 2017).

### Resultados

Resultados de un meta-análisis (Juffer, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2017) que incluye estudios de VIPP-SD para la prevención en población infantil en riesgo, han mostrado un tamaño del efecto de VIPP-SD de  $d=0,41$  ( $p<,001$ ; IC 95% 0,23-0,59). Se detallarán los resultados de cada una de los estudios recogidos en la literatura. También se aportarán datos cualitativos de los componentes clave identificados en las grabaciones de las sesiones de VIPP-SD del estudio Healthy Start, Happy Start.

### Conclusiones

Las intervenciones basadas en VIPP-SD han mostrado su eficacia para la prevención de problemas conductuales y su aplicación a los trastornos del espectro autista es prometedora.

## BIBLIOGRAFIA

1. Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD): Development and meta-analytic evidence of its effectiveness. 2017. In H. Steele & M. Steele (Eds.), *Handbook of Attachment-Based Interventions*. Guilford Press.



2. Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. Promoting positive parenting: An attachment based-intervention. 2008. New York: Taylor & Francis.
3. Ramchandani, P. G., O'Farrelly, C., Babalis, D., Bakermans-Kranenburg, M. J., Byford, S., Grimas, E. S. R., Scott, S. Preventing enduring behavioural problems in young children through early psychological intervention (Healthy Start, Happy Start): study protocol for a randomized controlled trial. 2017. *Trials*, 18(1), 543. <https://doi.org/10.1186/s13063-017-2293-9>
4. Van Zeijl, J., Mesman, J., Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., Stolk, M. N., Alink, L. R. A. Attachment-based intervention for enhancing sensitive discipline in mothers of 1- to 3-year-old children at risk for externalizing behavior problems: A randomized controlled trial. 2006. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 994–1005. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.994>

## **Aplicación de modelos de parenting basados en la mentalización para adolescentes con trastornos de la conducta: MBT-reflective parenting**

*Dra. Elena Urbiola Merina - Hospital San Juan de Dios Salud Mental, Madrid*

### **Introducción**

Con el objetivo de buscar habilidades que mejoren la cognición social y que esto se traduzca en una mejora en las habilidades de regulación emocional de los adolescentes, se ha aplicado el modelo de Parenting Reflexivo, basado en la psicoeducación, mentalización y en el funcionamiento reflexivo de la relación padre-hijo. El tratamiento basado en la mentalización (MBT de sus siglas en inglés), ayuda a los adultos a comprender su estado mental y sus emociones. De la misma forma, el Parenting reflexivo es un método que ayuda a los padres a mentalizar a sus propios hijos, a tenerlos en mente, para tratar y prevenir futura patología. Se han desarrollado diversas formas de intervención, centradas principalmente en adolescentes con trastornos de la conducta, hijos de padres con problemas de adicción o trastorno límite de la personalidad o padres adoptivos (Cooper & Redfern, 2016).

### **Material y Método**

El objetivo de la ponencia consiste en exponer la base teórica del Parenting reflexivo (PR) a través de una revisión sistematizada de la bibliografía disponible en las bases de datos científicas, enfocado a publicaciones de ensayos controlados aleatorizados y programas de intervención realizados hasta la fecha, además de la validación preliminar de la escala: Parental Reflective Functioning Questionnaire, (PRFQ) para su futura

aplicación clínica e investigadora.

### **Resultados**

Los padres con alto funcionamiento reflexivo (RF), ofrecen un apego más seguro a sus hijos. El Parenting reflexivo, enseña a los niños a reconocer sus emociones, así como a manejarlas y controlarlas mejor (Bernier, Carlson, & Whipple 2017). Esto lleva a una disminución de los comportamientos anti-sociales, menores alteraciones conductuales (Thompson et al. 2009), con un mejor ajuste emocional y mayor resiliencia. (Kim-cohen et al. 2004). En relación a la validación de la escala PRFQ, los resultados del análisis factorial aportan evidencia para tres sub-escalas clínica y teóricamente relevantes, replicados en dos muestras, sin variación entre madres y padres (Luyten et al. 2017).

### **Conclusiones**

La intervención basada en el Parenting reflexivo, ofrece resultados prometedores no solo en la ayuda a mejorar la relación entre padres e hijos, sino que también, en la prevención de la desregulación emocional y alteraciones conductuales en niños y adolescentes. En este momento se están desarrollando grupos piloto de padres, que necesitarán ser evaluados y replicados cuidadosamente, para ofrecer una mayor validez externa y poder trasladarlos así al ámbito clínico.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Bernier, A. et al. From External Regulation to Self-Regulation: Early Parenting Precursors of Young Children's Executive Functioning. 2017. *Child Development*, Vol. 81, No. 1, pp. 326-339
2. Cooper. A. & Redfern, S. Reflective Parenting: A guide to understanding what's going on in your child's mind. 2015. Edition: 1, Publisher: Routledge, Editor: Claire Cross, Abingdon, Oxon ISBN: 978-1-138-02044-3
3. Kim-cohen, J. et al. Genetic and Environmental Processes in Young Children's Resilience and Vulnerability to Socioeconomic Deprivation. 2004. *Child Development*; 75 (3): 651-68.
4. Luyten, P. et al. The Parental Reflective Functioning Questionnaire: Development and Preliminary Validation. 2017. *PLoS ONE* 12(5): e0176218. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176218>
5. Thompson, M. et al. A Small-Scale Randomized Controlled Trial of the Revised New Forest Parenting Programme for Preschoolers with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. 2009. *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 18:605-616

---

**S7 NIÑOS Y ADOLESCENTES DE ALTO RIESGO PARA PSICOSIS: COMPARACIÓN ENTRE ALTO RIESGO GENÉTICO Y ALTO RIESGO CLÍNICO**

---

**Clínica en niños y adolescentes de alto riesgo para psicosis**

*Dra. Inmaculada Baeza Pertegaz - Hospital Clínic de Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM y UB*

---

**Objetivo**

comparar la presencia y tipo de psicopatología así como el funcionamiento global y los síntomas prodrómicos en un grupo de hijos de pacientes con esquizofrenia, un grupo de pacientes con síntomas prodrómicos y un grupo de controles comunitarios.

**Método**

Se incluyeron en el estudio: 36 hijos de pacientes con esquizofrenia (H), 47 sujetos con síntomas prodrómicos (P) y 58 Controles comunitarios (CC).

Todos los sujetos se evaluaron clínicamente mediante la entrevista semi-estructurada K-SADS (De la Peña et al, 2002; Ulloa et al, 2006) y la entrevista SIPS-SOPS (Miller et al., 2002). El funcionamiento global se valoró mediante la escala GAF de funcionamiento global.

Las diferencias entre grupos (H, P, CC) se estudiaron mediante un modelo mixto en el que el grupo, la edad, el estatus-socio-económico y el sexo se introdujeron como variables fijas. Teniendo en cuenta que el grupo de H tenía varios miembros de la misma familia en el análisis, la variable familia se introdujo en el modelo como variable aleatoria.

**Resultados**

Se observaron diferencias significativas entre los grupos en edad, sexo, y estatus socio-económico por lo que las tres variables se introdujeron en el modelo para controlar su efecto.

Respecto a la psicopatología, los P y los H mostraron más diagnósticos psicopatológicos a lo largo de la vida que los CC ( $F=17.735$ ;  $p<0.001$ ), sin que hubiera diferencias entre P y H. Respecto a los diagnósticos específicos, el grupo P ( $F=12.887$ ;  $p<0.001$ ), mostró más trastornos emocionales ( $P=66\%$ ;  $H=2.8\%$ ;  $CC=10.3\%$ ) y de ansiedad ( $P=38.3\%$ ;  $H=19.4\%$ ;  $CC=6.9\%$ ) que los otros dos grupos ( $F=7.005$ ;  $p=0.001$ ), sin que existieran diferencias entre el grupo H y el CC. Sin embargo, el grupo H ( $F=7.590$ ;  $p=0.001$ ), mostró significativamente un porcentaje más elevado de TDAH que los otros dos grupos ( $P=23.4\%$ ;  $H=38.9\%$ ;  $CC=3.4\%$ ).

En referencia a los síntomas prodrómicos, el grupo P obtuvo puntuaciones significativamente más elevadas que los otros dos grupos en todas las subescalas de la SOPS, positiva ( $F=65.725$ ;  $P<0.001$ ), negativa ( $F=58.887$ ;  $P<0.001$ ), general ( $F=34.490$ ;  $P<0.001$ ), desorganizada ( $F=71.163$ ;  $P<0.001$ ), y total ( $F=102.001$ ;  $P<0.001$ ). El



grupo P también mostró un funcionamiento global peor que los otros dos grupos ( $F=108.501$ ,  $P<0.001$ ).

### **Conclusión**

Los adolescentes con síntomas prodrómicos mostraron

más psicopatología a lo largo de la vida que los otros dos grupos, particularmente en trastornos emocionales y de ansiedad que los H y los CC. Sin embargo los hijos de pacientes mostraron mayor prevalencia de TDAH que los otros dos grupos.

## **Cognición en niños y adolescentes de alto riesgo para psicosis**

*Dra. Elena De la Serna Gómez - Consorcio Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER)*

### **Objetivo**

comparar los principales dominios cognitivos en un grupo de hijos de pacientes con esquizofrenia, un grupo de pacientes con síntomas prodrómicos y un grupo de controles comunitarios.

### **Método**

Se incluyeron en el estudio: 36 hijos de pacientes con esquizofrenia (H), 47 sujetos con síntomas prodrómicos (P) y 58 Controles comunitarios (CC).

Los siguientes dominios cognitivos fueron valorados en todos los sujetos participantes en el estudio: inteligencia, comprensión verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo, velocidad de procesamiento, memoria verbal lógica, memoria verbal aprendizaje, memoria visual, función ejecutiva y atención sostenida.

Las diferencias entre grupos (H, P, CC) se estudiaron mediante un modelo mixto en el que el grupo, la edad, el estatus-socio-económico, el sexo y la inteligencia se introdujeron como variables fijas. Teniendo en cuenta que el grupo de H tenía varios miembros de la misma familia en el análisis, la variable familia se introdujo en el modelo como variable aleatoria.

### **Resultados**

Se observaron diferencias significativas entre los

grupos en edad, sexo y estatus socio-económico por lo que estas tres variables se introdujeron como factores fijos en el modelo.

Respecto a las variables cognitivas, se observaron diferencias entre los grupos en los dominios de memoria de trabajo, memoria verbal aprendizaje, memoria visual, organización viso-perceptiva y atención sostenida.

Concretamente, el grupo P obtuvo peores puntuaciones en organización viso-perceptiva ( $F=12.846$ ;  $P=0.001$ ) y en atención sostenida ( $F=3.977$ ;  $P=0.022$ ) que el grupo de H y el de CC. El grupo de H obtuvo peores puntuaciones que el grupo P y el CC en memoria de trabajo ( $F=7.280$ ;  $P=0.001$ ) y memoria verbal-aprendizaje demorado ( $F=5.111$ ;  $P=0.007$ ). Ambos grupos de alto riesgo, P y H compartían dificultades en memoria visual inmediata ( $F=4.254$ ;  $F=0.017$ ).

### **Conclusión**

Ambos grupos de alto riesgo parecen tener perfiles neuropsicológicos con características comunes y diferenciales. Así el grupo de H se caracteriza por mostrar un perfil con dificultades en memoria verbal y de trabajo, y el grupo de P dificultades en atención sostenida y organización preceptiva. Ambos grupos comparten dificultades en memoria visual.

**Neuroimagen en niños y adolescentes de alto riesgo para psicosis***Dra. Adriana Fortea González - Hospital Clínic de Barcelona*

---

**Objetivo**

analizar los valores de grosor cortical en un grupo de hijos de pacientes con esquizofrenia, un grupo de pacientes con síntomas prodrómicos y un grupo de controles comunitarios.

**Método**

Se incluyeron en el estudio: 36 hijos de pacientes con esquizofrenia (H), 76 sujetos con síntomas prodrómicos (P) y 31 Controles (C). Se aplicó una reconstrucción de la superficie cortical para medir el área cortical y el grosor con FreeSurfer. Además se realizó una división por lóbulos (incluyendo para cada hemisferio lóbulo temporal, frontal, parietal, occipital, ínsula y córtex cingulado) para ambos análisis (grosor cortical y superficie). Las variables de sexo, edad y volumen intracraneal total fueron incluidas en los análisis como covariables.

**Resultados**

El grupo de H mostró un decremento en la superficie cortical comparado con los controles a nivel global ( $t = -2.36$ ;  $p = .020$ ), parietal ( $t = -2.6$ ;  $p = .010$ ) y occipital ( $t = -2.5$ ;  $p = .006$ ). Los valores del área de superficie global y parietal se asociaron inversamente con los puntajes de síntomas prodrómicos positivos (superficie global:  $t = -3.43$ ;  $p = .001$ ; y lóbulo parietal:  $t = -3.35$ ;  $p = .001$ ) y negativos atenuados (superficie global:  $t = -3.13$ ;  $p = .002$ ; y lóbulo parietal:  $t = -3.28$ ;  $p = .001$ )

En el grupo P se observó una reducción significativa en el cingulado derecho en versus los controles ( $F=4.90$ ,  $p=.03$ ) que no sobrevivió a la corrección por comparaciones múltiples. Dentro del córtex cingulado derecho, el cingulado posterior mostró una reducción significativa del grosor cortical en SRP vs controles ( $F=6.95$ ,  $p=.01$ ). No se hallaron diferencias significativas de superficie cortical entre grupos.

---

**S8 ETIOPATOGENIA DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO DEL AUTISMO: PRESENTE Y FUTURO**

---

**Reordenaciones cromosómicas como factores etiológicos de los TEA: el ejemplo de los síndromes de delección 22Q11.2 Y PHELAN-MACDERMID***Dra. Mónica Burdeus - Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid*

---

**Resumen**

Los últimos estudios publicados indican que hasta un 25% de las personas con TEA tiene una alteración genética específica identificable que podría actuar como factor etiológico (Geschwind & State. Gene hunting in autism spectrum disorder: on the path to precision medicine. *Lancet Neurol.* 2015 Nov; 14(11):1109-20). Esta ponencia revisará los últimos datos sobre factores etiológicos genéticos específicos, con especial atención al fenotipo "TEA" de los casos con síndrome Phelan-MacDermid (delección 22q13.3), con una prevalencia de TEA de más del 50% (Phelan & McDermid. *The 22q13.3*

*Deletion Syndrome (Phelan-McDermid Syndrome).* *Mol Syndromol.* 2012 Apr; 2(3-5):186-201) y con síndrome de delección 22q11.2, con una prevalencia de TEA del 20% (Angkustsiri et al. *Social impairments in chromosome 22q11.2 deletion syndrome (22q11.2DS): autism spectrum disorder or a different endophenotype?* *J Autism Dev Disord.* 2014 Apr;44(4):739-46). Presentaremos datos propios de un estudio de caracterización fenotípica de la mayor cohorte nacional de pacientes con síndrome Phelan-MacDermid y datos propios de fenotipo clínico de la mayor cohorte nacional de casos con síndrome de delección 22q11.2



## **Secuenciación exómic y correlatos clínicos en 250 tríos con TEA**

*Dr. Javier González Peñas - Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid*

### **Resumen**

La etiología del TEA se atribuye, según los últimos estudios, a una interacción compleja de factores genéticos y ambientales, en la que los factores genéticos contribuyen con más del 50% del riesgo (Yoo H. Genetics of Autism Spectrum Disorder: Current Status and Possible Clinical Applications. *Exp Neurobiol.* 2015 Dec;24(4):257-72 ; Chaste & Leboyer. Autism risk factors: genes, environment, and gene-environment interactions. *Dialogues Clin Neurosci.* 2012 Sep;14(3):281-92). La mayor parte de este riesgo corresponde con el papel de variaciones genéticas comunes, no específicas (De Rubeis et al. Synaptic, transcriptional and chromatin genes disrupted

in autism. *Nature.* 2014 Nov 13;515(7526):209-15; Lim et al. Rates, distribution and implications of postzygotic mosaic mutations in autism spectrum disorder. *Nat Neurosci.* 2017 Sep;20(9):1217-1224; Kosmicki et al. Refining the role of de novo protein-truncating variants in neurodevelopmental disorders by using population reference samples. *Nat Genet.* 2017 Apr;49(4):504-510), cuya detección requiere de modernas técnicas genéticas, como la secuenciación exómic masiva. En esta ponencia revisaremos esta cuestión y presentaremos datos propios de la secuenciación exómic y su correlación fenotípica de 250 tríos con TEA reclutados en la consulta de autismo del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid.

## **El perfil inflamatorio y su relación con la microbiota en los TEA**

*Dra. María José Penzol - Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid*

### **Resumen**

Los datos de estudios recientes señalan que el eje del intestino-cerebro está involucrado en la fisiopatología de algunos sujetos con TEA. Varios estudios muestran una alta prevalencia de trastornos gastrointestinales funcionales en niños con TEA, así como una correlación entre estos síntomas y la gravedad de la psicopatología nuclear del TEA. Es más, la investigación publicada sugiere que parte de la sintomatología del TEA podría estar mediada por un estado pro-inflamatorio sistémico, presente en el 65% de los pacientes con TEA (Kern et al. Relevance of Neuroinflammation and Encephalitis in Autism. *Front Cell Neurosci.* 2016 Jan 19;9: 519). Este estado inflamatorio se puede detectar mediante marcadores sanguíneos, como las quimiocinas TNF $\alpha$ , IL-1 $\beta$  e IL-12, TLR-4, etc. Las quimiocinas y sus receptores pueden proporcionar objetivos únicos para el

desarrollo de terapias innovadoras para estos trastornos. Todo ello sugiere que algunos trastornos gastrointestinales funcionales en personas con TEA pueden ser un reflejo de un estado pro-inflamatorio sistémico secundario a alteraciones de mecanismos inmunes e inflamatorios innatos, cuya último fundamento se sitúa en una alteración de la microbiota intestinal (conjunto de microorganismos que colonizan el aparato digestivo en estado de simbiosis/comensalismo) (Li et al. The Gut Microbiota and Autism Spectrum Disorders. *Front Cell Neurosci.* 2017 Apr 28;11:120). En esta ponencia presentaremos datos propios de un estudio de caracterización del estado inflamatorio en relación con la microbiota intestinal en pacientes con TEA, con y sin trastornos gastrointestinales funcionales, y en controles sin TEA (pareados por edad y sexo), con y sin trastornos gastrointestinales funcionales.



---

## **S9: NUEVAS FORMAS DE ATENCIÓN A LOS MENORES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL**

La profesora Kirby y los Doctores Ferrer y Muñoz expondrán su experiencia en el desarrollo de protocolos y equipos para la identificación y manejo de menores con trastornos de salud mental desde las escuelas, centros de salud y hogares de estos menores, evitando el uso de consultas específicas de salud mental, hospitales de día y unidades de hospitalización.

La Profesora Kirby nos explicará cómo detectar e intervenir en menores con trastornos específicos del aprendizaje desde un punto de vista novedoso, haciendo uso de las nuevas tecnologías y de estrecha colaboración entre educación y sanidad. Nos expondrá su experiencia del desarrollo de protocolos para la detección y el manejo de estos trastornos en el Reino Unido en general y más específicamente en el País de Gales

---

### **Escuelas y servicios de salud mental del niño y del adolescente colaborar para mejorar la atención.**

*Professor (Developmental disorders) Amanda Kirby – Faculty of Life Sciences and Education, University of South Wales*

### **Nuevo modelo de gestión de los trastornos del neurodesarrollo desde pediatría de atención primaria.**

*Dr. Joan Claudi Ferre Vidal - Consultant in Child and Adolescent Psychiatry Neurdevelopmental Service Cardiff and the Vale NHS Trust CAMHS Cwm Taf University Health Board*

### **Equipo de tratamiento intensivo comunitario “citt” para menores con trastornos de salud mental graves.**

*Dr. Antonio Muñoz Solomando - Consultant Child and Adolescent Psychiatrists Community Intensive Therapy Team (CITT) Cwm Taf CAMHS Clinical Lead*

---



## S10 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DESDE LOS PRÓDROMOS DE PSICOSIS HASTA EL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

### Síntomas prodrómicos en primeros episodios psicóticos: diferencias según la edad

*Dra. Inmaculada Baeza – Hospital Clinic de Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM y UB*

#### Introducción

La edad es considerada un indicador de gravedad de la sintomatología y pronóstico de un paciente con un primer episodio psicótico (PEP), siendo los pacientes más jóvenes los que presentan mayor sintomatología negativa al inicio de éste (Drake et al, 2016). Sin embargo, no existen datos publicados referentes a las posibles diferencias entre la edad del paciente y la sintomatología prodrómica de un PEP.

#### Objetivo

Estudiar si existen diferencias en los síntomas prodrómicos medidos con la escala “Symptom Onset in Schizophrenia” (SOS) entre pacientes con un PEP mayores y menores de 18 años.

#### Método

Estudio longitudinal prospectivo multicéntrico de pacientes diagnosticados de un primer episodio psicóticos (criterios DSM-IV-TR), entre 10-55 años de edad. Se registraron los datos sociodemográficos, la escala SOS, el tiempo de psicosis sin tratar (DUP), los diagnósticos según las entrevistas SCID I y II en adultos y K-SADS en <18 años, así como la medicación.

#### Resultados

Se incluyeron 335 pacientes, 60 (17,9%) <18 años (15,5±1,8 años, 71,7% varones). Los >18 años

tenían 25,5±5,2 años de media. No hubo diferencias significativas entre los dos grupos en sexo. Entre los pacientes <18 años habían significativamente más adoptados que en los mayores de edad ( $p=0.032$ ). Se observaron diferencias significativas en la DUP, siendo más larga en los pacientes menores de edad (137,3 vs 96,6 días,  $p=0.028$ ). En cuanto a la escala SOS los pacientes <18 años tenían de forma significativa más presencia a nivel prodrómico de síntomas negativos (retraimiento social, abulia, disminución de la expresividad y de la experiencia emocional) así como alteraciones del pensamiento y pensamiento desorganizado.

#### Conclusiones

Los pacientes con un primer episodio psicótico menores de 18 años presentaban una DUP más prolongada y un predominio de sintomatología prodrómica negativa que los de inicio adulto. Se necesitará estudiar la implicación de estos datos en el pronóstico funcional de los pacientes en su evolución.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Drake JR et al. How age and gender predict illness course in a first episode non-affective psychosis cohort. *J Clin Psychiatry* 2016;77:e283-9.
2. Mezquida G et al. Detection of early psychosis symptoms: validation of the Spanish version of the “Symptom Onset in Schizophrenia” (SOS) inventory. *Psychiatr Res* 2017.



## Psicosis “menores” en menores: un meta-análisis del trastorno psicótico no especificado y del trastorno psicótico breve en la infancia y la adolescencia comparado con los adultos

Dr. Daniel Ilzarbe Simorte - Hospital Clínic de Barcelona

---

### Introducción

El trastorno psicótico no especificado (PNE) y el trastorno psicótico breve (BrP) son habitualmente considerados diagnósticos de exclusión (Correll et al. 2005, 2008). A pesar de una escasa literatura dirigida a estudiarlos (vanOs 2016), son frecuentemente utilizados en la práctica clínica diaria.

### Métodos

Se realiza un revisión sistemática de la literatura en PUBMED, PsycInfo y Embase hasta agosto de 2015 para incluir todos aquellos artículos que aporten algún dato de una muestra de pacientes con PNE o BrP. Algunos autores fueron contactados para recoger más información. Se realiza un meta-análisis para caracterizar socio-demográfica y clínicamente a esta población, así como para determinar la progresión a otras entidades diagnósticas durante el seguimiento estratificado por edades.

### Resultados

85 estudios con 3541 individuos de 56 muestras diferentes fueron incluidos. Divididas por edades: 17 muestras de inicio temprano o jóvenes (edad media <19 años; 435 sujetos), 37 muestras de adultos (edad media 19-65 años; 3018 sujetos) y 2 muestras de gente mayor (edad media > 65 años; 88 sujetos). Durante un seguimiento de más de 3 años, solo el 27.3% de los jóvenes vs 41.5% adultos mantuvieron el mismo diagnóstico ( $p<0.02$ ); y un porcentaje similar 6.5% vs 5.2% tuvieron remisión completa. El cambio diagnóstico a trastornos del espectro afectivo se realizó en 37.0% vs 13.7% ( $p<0.0001$ ) de los casos; más frecuentemente a trastorno bipolar (jóvenes:29.1%; adultos: 10.8%,

$p<0.0001$ ) que depresión (jóvenes: 7.9%; adultos: 2.9%,  $p<0.0001$ ). El cambio a esquizofrenia fue común entre grupos etarios (18.8% y 21.34%).

### Conclusiones

Nuestros resultados apoyan que el diagnóstico de PNE o BrP es frecuentemente un diagnóstico de transición. Además, el análisis exploratorio de comparación entre grupos muestra que aquellos sujetos menores de 19 años con un diagnóstico de PNE o BrP desarrollarán un trastorno afectivo con más probabilidad que sus homólogos adultos. Son necesarios estudios longitudinales prospectivos para evaluar marcadores y predictores específicos por grupos de edad para dirigir intervenciones enfocadas a mejorar el pronóstico.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Correll CU, Smith CW, Auther AM, McLaughlin D, Shah M, Foley C, Olsen R, Lencz T, Kane JM, Cornblatt BA. Predictors of remission, schizophrenia, and bipolar disorder in adolescents with brief psychotic disorder or psychotic disorder not otherwise specified considered at very high risk for schizophrenia. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2008 Oct;18(5):475-90.
2. Correll CU, Lencz T, Smith CW, Auther AM, Nakayama EY, Hovey L, Olsen R, Shah M, Foley C, Cornblatt BA. Prospective study of adolescents with subsyndromal psychosis. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2005 Jun;15(3):418-33.
3. Van Os J. “Schizophrenia” does not exist. *BMJ.* 2016;352:i375 doi: 10.1136/bmj.i375 (Published 2 February 2016)



## Perfil cognitivo de niños y adolescentes en riesgo de desarrollar un trastorno psicótico

*Dra. Jordina Tor - Hospital Sant Joan de Déu de Esplugues de Llobregat*

### Introducción

El deterioro cognitivo es uno de los síntomas característicos de los pacientes con trastorno psicótico y está ligado al deterioro funcional de ésta enfermedad (Puig et al., 2008). Hay evidencia de este deterioro desde las primeras fases de la enfermedad, tanto en las fases prodrómicas (Fusar-Poli, 2012), como en el primer episodio psicótico (de la Serna et al., 2013) así como en los pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia (Moritz et al., 2017). Sin embargo, la evidencia de este deterioro en la población infanto-juvenil no cuenta con tanta evidencia científica, aunque está demostrado que el desarrollo de los trastornos psicóticos muestran una presentación diferente en esta población (Joa et al., 2009).

### Objetivo

Este trabajo tiene por objetivo revisar la evidencia del deterioro cognitivo en la fase prodrómica de los trastornos psicóticos en población infanto-juvenil, y observar el perfil cognitivo de un grupo de niños/as y adolescentes con síndrome de riesgo de psicosis en comparación a un grupo control sano.

### Metodología

Se analizaran los datos cognitivos basales de una muestra de 90 niños/as y adolescentes con síndrome de riesgo de psicosis comparados con 46 controles sanos. Los criterios de inclusión fueron: tener entre 10-18 años y presentar uno de los tres criterios de alto riesgo clínico para el desarrollo de la psicosis evaluados mediante la entrevista estructurada para los síndromes prodrómicos (SIPS). Se administró a toda la muestra una batería neuropsicológica completa para la evaluación de la inteligencia general, la memoria, la organización perceptiva, la atención, la memoria de trabajo y el funcionamiento ejecutivo.

### Resultados

Se observa una diferencia significativa en inteligencia general. Tras controlar el efecto de esta variable sobre

el resto de variables cognitivas, también se observan diferencias significativas en velocidad de procesamiento y funcionamiento ejecutivo.

### Conclusiones

Los resultados sugieren un perfil cognitivo diferente entre los niños/as y adolescentes con síndrome de riesgo de psicosis y los controles sanos, de acuerdo con otros trabajos en población infantojuvenil (Ziermans et al, 2011, 2014). Estos datos apoyarían la hipótesis del neurodesarrollo de la esquizofrenia (Kahn & Keefe, 2013).

### BIBLIOGRAFÍA

1. Fusar-Poli, P. (2012). Cognitive Functioning in Prodromal Psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 69(6), 562–571.
2. Joa, I., Johannessen, J. O., Langeveld, J., Friis, S., Melle, I., Opjordsmoen, S., Simonsen, E., et al. (2009). Baseline profiles of adolescent vs. adult-onset first-episode psychosis in an early detection program. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 119(6), 494–500. Retrieved November 14, 2014, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19207132>
3. Kahn, R. S., & Keefe, R. S. E. (2013). Schizophrenia Is a Cognitive Illness. *JAMA Psychiatry*, 70(10), 1107. Retrieved December 29, 2017, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23925787>
4. de la Serna, E., Andrés-Perpiñá, S., Puig, O., Baeza, I., Bombin, I., Bartrés-Faz, D., Arango, C., et al. (2013). Cognitive reserve as a predictor of two year neuropsychological performance in early onset first-episode schizophrenia. *Schizophrenia research*, 143(1), 125–31. Retrieved January 19, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23182439>
5. Moritz, S., Klein, J. P., Desler, T., Lill, H., Gallinat, J., & Schneider, B. C. (2017). Neurocognitive deficits in schizophrenia. Are we making mountains out of molehills? *Psychological Medicine*, 47(15), 2602–2612. Retrieved December 13, 2017, from



- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28485257>
6. Puig, O., Penadés, R., Gastó, C., Catalán, R., Torres, A., & Salamero, M. (2008). Verbal memory, negative symptomatology and prediction of psychosocial functioning in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 158(1), 11–17. Retrieved December 29, 2017, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18001844>
  7. Ziermans, T. B., Schothorst, P. F., Sprong, M., & van Engeland, H. (2011). Transition and remission in adolescents at ultra-high risk for psychosis. *Schizophrenia Research*, 126(1-3), 58–64. Elsevier B.V. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2010.10.022>
  8. Ziermans, T., de Wit, S., Schothorst, P., Sprong, M., van Engeland, H., Kahn, R., & Durston, S. (2014). Neurocognitive and clinical predictors of long-term outcome in adolescents at ultra-high risk for psychosis: a 6-year follow-up. *PloS one*, 9(4), e93994. Retrieved November 5, 2014, from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3976376&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

---

## S11 COMPLICACIONES DIAGNÓSTICAS EN TEA

---

### Resultados de una consulta de diagnóstico complejo de TEA

*Dras. Laura López y Patricia Hernández – Hospital GU Gregorio Marañón de Madrid*

---

#### Background

Best-estimate clinical diagnosis of ASD includes the evaluation of clinical symptoms and development compatible with ASD taking into account all available information including developmental history, assessment of ASD-behaviors, medical and school reports. Differential diagnosis of other psychiatric conditions that may better explain the observed behaviors should always be part of the diagnostic procedure.

#### Objectives

To present data from the “ASD Complex Diagnosis Program, Hospital Gregorio Marañón”, where a full psychiatric evaluation is conducted in addition to a full ASD-related evaluation in cases in diagnostic doubt after a general Child Psychiatrist and/or Neuropaediatrician evaluation.

#### Methods

180 patients consecutively attended with the suspicion of having an ASD diagnosis, underwent a full psychiatric and developmental evaluation. Final best-estimate diagnosis following DSM/ICD criteria was reached after i) evaluation of all life-time medical, educational and

psychological reports ii) full psychiatric history with the patient and primary carer iii) full developmental history with the primary carer (roughly 50 % of the times with the ADI-R) iv) ADOS-2 evaluation v) psychopathological assessment including mental state vi) cognitive/language assessment if not available vii) family and teacher questionnaires for the assessment of ASD-behaviors, particularly in relation with peer-relationships viii) other questionnaires as appropriate ix) medical specialists consultation when indicated.

#### Results

main reasons for referral for young children were a differential diagnosis with Specific Language Disorder, Intelligence Developmental Disorder or emotional and/or behavioral disorders; children/adolescents with multiple previous diagnoses; adolescents for differential diagnosis with psychotic disorders or personality disorders. 85 % of the patients attended were male; 78 % were up to 9 years of age and 22 % were 10-18 years old. Roughly 50 % were eligible for module 3 of the ADOS-2 (complex language level and up to early adolescence). There was a deviation to the left in the distribution of IQ, with 51 % of the patients having a below average IQ (<70). 80 % of



the full sample was given an ASD diagnosis. However, among children/adolescents 8-15 years of age, only 58% were given a diagnosis of ASD; behavioural disorder (including severe ADHD), social communication disorder and specific language disorders followed in frequency. Among adolescents 16-18 years of age, 62 % were diagnosed with an ASD, followed by other psychiatric disorders (high-risk of psychosis, personality

disorders) and specific language disorders.

### **Conclusions**

a full psychiatric evaluation seems to be an important add-on for the proper diagnosis of children and adolescents with complex developmental/behavioral difficulties.

## **Diagnósticos de TEA en mujeres**

*Dras. Leticia Boada y María Luisa Dorado – Hospital GU Gregorio Marañón de Madrid*

A growing amount of scientific literature shows the different clinical manifestation of ASD symptoms in women compared to men. It is being discussed if female-specific manifestation of autistic features fits imperfectly with current, male-based conceptualizations of ASD.

Compared to males, females with ASD are: 1) less likely to have externalizing behaviours, and are more vulnerable to internalizing problems, such as anxiety, depression and eating; 2) have a greater social motivation 3) better non-verbal communication and 4) score lower on measures of repetitive and stereotyped behaviour.

For these reasons, females are at substantially elevated risk of going undiagnosed, frequently mislabelled or missed entirely.

### **Objectives**

1. To compare differences between 100 men and 100 women in the scores of a selection of ADOS items (based of previous literature): gestures, eye-contact, facial expression, prosody, stereotyped language, imagination, stereotypes and mannerisms, sensory abnormalities, restrictive interests, hyperactivity and anxiety.
2. To study the agreement between ADOS cut-off label and final clinical judgment.

### **Methods**

Sample of 200 participants (100 girls and 100 boys matched for chronological age) attended, between April 2009 and September 2017, in a Child and Adolescent Psychiatry Department of a General University Hospital.

ADOS instrument was administered individually by a clinician with the appropriate clinical and research training and reliability. Videos were consented for research use. Final diagnosis was determined based on DSM-IV-TR and/or DSM 5 ASD criteria by clinical psychologists or psychiatrists with extensive experience in ASD, based on all available information, including full psychiatric and developmental interviews with parents or guardians (ADI-R when necessary), unstructured observation of the child, review of previous medical and educational records and ADOS evaluation. This evaluation process is in agreement standard recommendations (Volkmar et al 2014).

### **Results**

At the present moment all the evaluations have been completed. We are introducing the scores in a Data Base. Statistical analyses will be conducted during next month.

### **Conclusions**

The results will be discussed considering the possibility that future editions of the ADOS contemplate differed cut-off scores for girls and boys, if supported by the findings. In addition, the possibility that women with autistic-like difficulties are better conceptualized as suffering from a non-autistic condition should also be taken into account.

(APA 2013; Hiller et al. 2014; Lai et al. 2015; Mandy et al. 2012; Huke et al. 2013; Sedgewick et al. 2015; Rynkiewicz et al. 2016; Van Wjingaarden-Cremers et al. 2014; Lai and Baron-Cohen 2015)

**Diagnóstico diferencial entre discapacidad intelectual y TEA***Dras. Alicia García Alcón y Itziar Baltasar – Hospital GU Gregorio Marañón de Madrid*

---

**Background**

In order to systematize the heterogeneity of Autism Spectrum Disorders (ASD), DSM-5 have included clinical specifiers to clarify if a person with ASD present intellectual disability (ID), language problems, and medical, genetic or environmental associated conditions. Nonetheless, sometimes it is still very difficult to obtain an ASD reliable diagnosis in young children with ID. Different environmental and family factors have been associated with increased risk of ASD and/or ID. Among these, advanced parental age (APA) is associated with increased risk of ASD and one of the mechanisms proposed is that autistic traits in the parents may lead to delay age at conception. Perinatal factors such as the use of oxytocin in labour have also been associated with risk of ASD. We aim to report on the effect of some parental and perinatal factors on the severity of ASD, as indicated by cognitive development. This will help understanding mechanisms leading to different deviant neurodevelopmental disorders.

**Methods**

Eighty patients (mean age  $13.25 \pm 7.7SD$ , 87.5% male, 92.5% Caucasian) with ASD were recruited. Statistics analyses were used to assess the relationships between parental autism traits, evaluated with the Autism Spectrum Quotient (AQ), age at conception, obstetric

events and patients Intelligence quotient (IQ).

**Results**

Fathers of ASD probands had a mean AQ of  $16.6 \pm 6$  and mothers of  $14.8 \pm 6.7$ . Paternal or maternal autistic traits did not correlate with their age at ASD offspring birth ( $r=.209$ ,  $p=.145$  and  $r=.035$ ,  $p=.798$  respectively). The use of oxytocin during labour was significantly associated with proband IQ (IQ mean  $84.251 \pm 25SD$  [40-133], association with oxytocin use  $t=2469$ ,  $p=.016$ ). With regard to associations among risk variables, the presence of obstetric complications significantly correlated with birthweight ( $t=2.155$ ,  $s=.034$ ), maternal age at birth ( $t=-2.256$ ,  $s=.027$ ) and parental autism traits ( $t=-2.004$ ,  $s=.051$ ). Labour oxytocin was associated with an early diagnosis of ASD (before 1 year of age) ( $s=.010$ ). Multiple regression analysis showed that oxytocin use predicts IQ ( $B=-13.673$ ,  $s=.016$ ), after controlling for age, sex and ethnicity ( $R^2=.073$ ).

**Conclusions**

Labour oxytocin use does partially predict IQ in ASD patients. Contrary to our hypothesis, parental autism traits does not predict IQ outcome. The direction of the relationship between oxytocin use and IQ in ASD patients is, hitherto, unknown, and needs further investigation.



---

## **S12 ACTUALIZACIÓN EN TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH): PREESCOLARES, CRECIMIENTO Y PREDICCIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO**

---

### **TDAH en niños en edad preescolar: estudio de prevalencia epidemiológica y validación de una escala para preescolares**

*Dr. César Soutullo Esperón- Clínica Universidad de Navarra*

---

Se expondrán los resultados de un estudio realizado en preescolares para hallar la prevalencia de TDAH y validar la escala adaptada a esta edad. Con el objetivo de estudiar la prevalencia de TDAH preescolar utilizando una escala específica de TDAH (ADHD-RS-IV-P-Es) desarrollada para este rango de edad, se encuentra un rango de prevalencia entre 2.5% -4.1% según los

criterios utilizados. Se concluye que existen herramientas específicas que se pueden utilizar en el estudio de TDAH preescolar. La prevalencia del TDAH preescolar en España es similar a la de otros países. La frecuencia de los síntomas en este rango de edad no es más alta que en las últimas edades.

---

### **Meta-análisis de la asociación entre el tratamiento con estimulantes y la talla en niños con TDAH**

*Dra. Azucena Díez Suárez - Clínica Universidad de Navarra*

---

Se muestran los resultados de un meta-análisis que incluye 612 estudios, se seleccionan 8 de ellos que incluyen niños y adolescentes tratados con estimulantes. El resultado sugiere una asociación entre el tratamiento y una reducción en la altura esperada (SDS) de -0.19 (IC 95%: -0.27 a -0.10) SDS. Se observó una alta

heterogeneidad entre los estudios (I<sup>2</sup>: 94%) debido a la metodología utilizada. Se necesita más investigación, especialmente estudios con períodos de seguimiento más largos, hasta la edad adulta, para aclarar el impacto del tratamiento continuo con estimulantes sobre el crecimiento en pacientes con TDAH.

---

### **Modelo predictivo de respuesta al tratamiento con metilfenidato en niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad: estudio piloto**

*Dra. María Vallejo Valdivielso - Clínica Universidad de Navarra*

---

En la tercera se expondrán los resultados de un estudio de todos los posibles factores que pueden influir en la respuesta al tratamiento con metilfenidato en una muestra clínica. Estos factores son: clínicos, neuropsicológicos, genéticos y de neuroimagen. La presencia de un mayor CI total, así como la presencia de menores errores de comisión predicen, de manera significativa la respuesta

completa al tratamiento con MFT. Por el contrario, la presencia de mayor puntuación global de la ADHD-RS y mayor número de síntomas de impulsividad predicen una peor respuesta al tratamiento. La presencia de mayor número de pruebas alteradas en el WISC y CPT se relaciona, de manera significativa, con una peor respuesta al tratamiento.



---

**S13 INFLAMACIÓN Y MECANISMOS OXIDATIVOS EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE**

---

**Disregulación pro y antiinflamatoria en primeros episodios de psicosis en adolescentes y adultos**

*Dra. Carmen Moreno Ruiz - Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid*

La esquizofrenia es un síndrome crónico de etiología desconocida definido predominantemente por signos de psicosis. Es crucial el estudio de mecanismos fisiopatológicos en etapas precoces de la enfermedad para facilitar una intervención precoz. En este sentido, presentamos los datos de nuestra cohorte de primeros episodios psicóticos respecto a parámetros inflamatorios, tanto al inicio de la enfermedad como en el seguimiento. Presentamos los datos del estudio FLAMM-PEP, proyecto de investigación multicéntrico, colaborativo y traslacional dentro del CIBERSAM cuyo objetivo es estudiar las vías inflamatorias en la psicosis, como posibles biomarcadores y como posibles nuevos objetivos terapéuticos. FLAMM-PEPs ahora es parte del

estudio PEPs, un proyecto español para la investigación de primeros episodios de psicosis. Vemos que los niveles de NFκB, un regulador principal del estado inflamatorio y oxidado / nitrosativo de las células, fueron más altos en pacientes con un primer episodio de inicio en la adolescencia tanto al inicio del estudio como después de 6 meses. Durante el seguimiento, se detectaron aumentos adicionales en los niveles de marcadores inflamatorios solubles (PGE2 y NO2-) solo en primeros episodios de inicio en la adolescencia. Nuestros resultados apoyan el papel de la inflamación como una posible diana terapéutica en primeros episodios de inicio en la adolescencia

---

**Trastorno bipolar de inicio precoz: inflamación y mecanismos oxidativos**

*Dr. Gonzalo Salazar de Pablo - Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid*

El trastorno bipolar es una enfermedad mental crónica con variaciones importantes en el humor, que aparece de manera frecuente en la infancia y en la adolescencia, en cuyo caso su gravedad es aún mayor. Los defectos en la regulación de la energía celular, el sistema inmune y la expresión de factores neurotróficos junto con alteraciones epigenéticas se han considerado como elementos centrales en la fisiopatología del trastorno bipolar. En un estudio realizado en nuestro hospital encontramos alteraciones inflamatorias periféricas en pacientes menores de edad con dicho trastorno, lo que sugiere que podría ser una enfermedad sistemática. Encontramos un aumento en los marcadores de estrés proinflamatorio y oxidativo y una disminución en los antiinflamatorios

en pacientes con trastorno bipolar de inicio temprano en comparación con controles sanos. Los resultados de nuestro estudio están en línea con otros estudios que vinculan al trastorno bipolar en adultos con condiciones de estrés oxidativo e inflamatorio. Nuestros datos apoyan a su vez el papel del estrés oxidativo y la inflamación en la aparición temprana de BD independientemente de la presencia de síntomas psicóticos. Este estudio sugiere posibles objetivos para el desarrollo de intervenciones terapéuticas en el trastorno bipolar de inicio temprano. Además, las asociaciones actuales entre los marcadores inflamatorios y la clínica afectiva en el trastorno bipolar sugieren que los mecanismos inmunes están asociados con la psicopatología.



## **Inflamación y mecanismos oxidativos en el trastorno del espectro autista**

*Dra. Sandra Gómez Vallejo - Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid*

El trastorno del espectro autista es un trastorno grave del neurodesarrollo en la primera infancia caracterizado por un deterioro en la comunicación y el comportamiento. Investigaciones recientes se centran en la disregulación inmune como un potencial mecanismo de acción. En este sentido se ha encontrado una disfunción inmune discreta en dichos pacientes. Varios estudios han encontrado un perfil anormal de células T auxiliares y un mayor nivel de niveles plasmáticos de las interleuquinas proinflamatorias IL-1 $\beta$ , IL-6 e IL-12p y, a la inversa, una disminución de los niveles del factor de crecimiento

transformante antiinflamatorio (TGF) - $\beta$ ). Además, la mala comunicación y la interacción social alterada parecen estar asociadas con niveles elevados de citocinas. Parece que el estado antioxidante se modifica en el autismo, lo que puede inducir más cambios en el cerebro. Los niveles más altos de enzimas antioxidantes pueden ser provocados por un estrés oxidativo superior previo como mecanismo compensatorio. Todo esto orienta a su vez a la importancia de los mecanismos inflamatorios y del mecanismo oxidativo en esta patología.

## **S14 UN MAR DE COMORBILIDADES EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS**

### **Comorbilidad TCA y TDAH en adolescencia**

*Dr. Pedro Manuel Ruiz-Lázaro - Universidad de Zaragoza I+CS.*

#### **Introducción**

este estudio valora la relación bidireccional entre trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) y trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes. Numerosos estudios señalan la comorbilidad TDAH y TCA, con una tasa de prevalencia de TDAH del 10-17% al 31% en pacientes TCA. La presencia de un TDAH comórbido en pacientes TCA puede afectar el curso de la enfermedad y ser relevante para su tratamiento.

#### **Objetivos**

estimar la tasa de prevalencia TDAH con criterios diagnósticos DSM-5 en individuos con TCA en una muestra clínica de 119 adolescentes de 12 a 17 años de edad pacientes ambulatorios de la Unidad de trastornos alimentarios UTCA de Aragón.

#### **Material y métodos**

muestra de 119 pacientes TCA con criterios diagnósticos

DSM-5 completan ADHD-RS-IV y entrevista clínica.

#### **Resultados**

la tasa de prevalencia de TDAH DSM-5 es 28/119, un 23,53 % (IC Mid-P 95%: 16,56 a 31,77%). La tasa de prevalencia de TDAH DSM-5 en varones adolescentes es 2/10, un 16,7 % (CI Mid-P 95%: 2,9 a 45,05%). La tasa de prevalencia de TDAH DSM-5 en mujeres adolescentes es 26/107, un 24,3 % (IC Mid-P 95%: 16,88 a 33,09 %).

Con el diagnóstico de TDAH 6 se clasifican como subtipo combinado (21%), 17 como subtipo inatento (61%) y 5 como subtipo hiperactivo/impulsivo (19%). El TDAH subtipo inatento es el más prevalente en esta muestra de TCA adolescentes.

#### **Conclusiones**

estos resultados preliminares implican una asociación significativa entre TDAH, en especial subtipo inatento, y TCA, en ambos sexos. La frecuencia de un diagnóstico de TDAH DSM-5 en una muestra clínica de adolescentes



con TCA es relevante y tiene implicaciones para un mejor cribado y para mejorar el tratamiento de estos pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Barrera A. Impulsividad y TDAH en pacientes adolescentes con trastornos de conducta

alimentaria. Tesis doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza, 2015.

2. Ruiz-Lázaro PM, Graell M. Trastorno de conducta alimentaria (TCA), obesidad y TDAH. En: TDAH y sus comorbilidades. Casos clínicos. GEITDAH. Madrid: Ediciones Mapa S.L., 2016. págs. 97-105.

---

## Impulsividad, trastorno límite de inestabilidad emocional y TCA

*Dra. Ana Isabel Calvo Sarnago - UTCA HCU Zaragoza*

### Introducción

este estudio valora la comorbilidad entre trastorno por inestabilidad emocional tipo límite, impulsividad y trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes. Numerosos estudios señalan la comorbilidad TLP y TCA, en adultos y cada vez más se aconseja estudiar y tratar estos rasgos de personalidad trastornada en adolescentes.

### Objetivos

estimar la tasa de prevalencia TLP con criterios diagnósticos DSM-5 y estudiar la impulsividad en individuos con TCA en una muestra clínica de 119 adolescentes de 12 a 17 años de edad pacientes ambulatorios de la Unidad de trastornos alimentarios UTCA de Aragón.

### Material y métodos

muestra clínica de 119 pacientes TCA con criterios diagnósticos DSM-5 completan Barrat BIS-11 y entrevista clínica.

### Resultados

un 33,6% de los TCA tiene TLP (40/119). La impulsividad es significativamente superior en los sujetos con rasgos TLP que en aquéllos que no lo son. Esto sucede en todas las categorías de la impulsividad

analizadas por el cuestionario Barratt, si bien es todavía mayor cuando analizamos en concreto la Impulsividad Motora.

En nuestra muestra, se observa que los sujetos que tienen TLP tienen una prevalencia de TCA tipo AN (37,5%) inferior a los sujetos que no tienen TLP (57%). Por otro lado, observamos además que los sujetos que tienen TLP tienen una prevalencia de TCA tipo BN (27,5%) muy superior a los sujetos que no tienen TLP (5,1%).

En nuestra muestra, se observan también diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la presencia/ausencia de TLP en todos los subtipos de TDAH, con una correlación positiva entre síntomas TLP y TDAH. Esto es especialmente llamativo en el subgrupo de Déficit de Atención sin hiperactividad, donde casi el 50% de los sujetos con rasgos TLP puntuaban alto en este ítem.

### Conclusiones

la comorbilidad TLP en TCA es relevante, especialmente en los TCA purgativos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Barrera A. Impulsividad y TDAH en pacientes adolescentes con trastornos de conducta alimentaria. Tesis doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza, 2015.



## Prevalencia de suicidio en una unidad de trastornos de conducta alimentaria en 40 años

*Dra. Eva Garcés Trullenque - HCU Zaragoza*

### Introducción

los TCA son trastornos relativamente comunes que se asocian a menudo con alta comorbilidad y serias consecuencias para la salud. Los TCA son prevalentes, enfermedades graves con elevada mortalidad, mucha atribuible al suicidio. Individuos con patología alimentaria, particularmente con TCA diagnosticado pueden tener alto riesgo de suicidio. Intentos suicidas y mortalidad prematura por suicidio son elevados en personas con TCA. Entre los predictores de la suicidalidad se incluyen la sintomatología atracón/purga, impulsividad, auto-imagen, baja motivación vital, monotonía percibida y pertenencia frustrada, depresión, desesperanza y comorbilidad psiquiátrica y factores de personalidad. Mejor funcionamiento académico/ocupacional y social en el seguimiento se asocian con menores intentos de suicidio a lo largo de la vida

### Objetivo

estimar la tasa de prevalencia de suicidio con prematura mortalidad en individuos con ICD-10, DSM TCA en una muestra de niños y adolescentes de 9-18 años en una unidad autónoma infanto-juvenil de TCA UTCA española.

### Material y métodos

revisión de historia clínica de intentos suicidas registrados consumados con prematura mortalidad en pacientes registrados en base de datos clínica (40 años 1976-2016) que cumplen criterios diagnósticos de TCA DSM y CIE-10. La muestra clínica final estudiada comprende 2.132 hombres y mujeres diagnosticados como TCA pacientes consecutivos entre 1976 y 2016 con anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), binge-eating disorder (BED), TCA no especificado (EDNOS o TCANE) y otros trastornos alimentarios (OSFED).

### Resultados

las tasas de prevalencia de suicidio completado con prematura mortalidad es 3/2.132, proporción 0.141% (IC Mid-P 95%: 0,036% a 0,382 %). El método letal de los tres suicidios consumados con mortalidad en adolescentes mujeres pacientes TCA es por precipitación desde un edificio alto. Individuos varones con TCA de nuestra muestra de niños y adolescentes en UTCA de Aragón no han muerto por suicidio.

### Discusión

los resultados de este estudio se deben evaluar en el contexto de severas limitaciones. Fortalezas incluyen una amplia muestra en 40 años y las limitaciones pertenecen a las medidas de datos registrados en base de datos clínica, sesgo de deserción.

### Conclusiones

este estudio valora la tasa de prevalencia de suicidio en pacientes TCA adolescentes en 40 años e identifica diferencias por sexo. Un importante resultado es esta diferencia genérica entre los suicidas consumados que parece aconsejar estar especialmente atentos al riesgo suicida de las pacientes femeninas.

### Bibliografía

1. Martínez MA, ed. Todo sobre los trastornos de la conducta alimentaria. Una visión multidisciplinar desde la experiencia y la evidencia científica. Tarragona: Publicaciones Altaria, 2015.
2. Morandé G, Graell M, Blanco A, eds. Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. Un enfoque integral. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014.
3. Ruiz-Lázaro PM, Velilla M, González E, coordinadores. Buenas prácticas en prevención de trastornos de la conducta alimentaria. Madrid: ediciones Pirámide, 2017.



## **S15 DIFERENCIAS EN EL TRASTORNO BIPOLAR Y ESQUIZOFRENIA: NEURODESARROLLO, PRÓDROMOS Y COGNICIÓN SOCIAL**

---

### **Diferencias entre psicosis y trastorno bipolar: el neurodesarrollo**

*Dra. Sandra Gómez Vallejo – Hospital GU Gregorio Marañón, Madrid*

---

A medida que conocemos más acerca de la psicosis y el trastorno bipolar parece inevitable dirigir nuestra atención hacia los años previos al desarrollo de los síntomas. En otras entidades, por ejemplo, el trastorno del espectro autista, conocemos con más detalle cuáles son las alteraciones del neurodesarrollo, también conocidas como “red flags”, que nos indican dicho trastorno. En la psicosis, aun existiendo amplias evidencias de que existen estos hallazgos, la mayoría de estudios son retrospectivos. Además, algunos hallazgos que se han relacionado con psicosis, como alteraciones en el lenguaje pragmático, son poco específicos de la psicosis y han sido descritos en otros trastornos como el trastorno del espectro autista, trastornos afectivos o incluso el trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Por el contrario, en el trastorno bipolar, en base a la amplia revisión que hemos realizado, hemos objetivado

discrepancia en los distintos estudios acerca de la afectación premórbida. Ciertamente es que en el trastorno bipolar existe una amplia variedad de síntomas (trastorno bipolar tipo I, tipo II, presencia o ausencia de sintomatología de la esfera psicótica, entre otros) que puede influenciar en los resultados de los estudios, dependiendo de la población que incluyan. Ante estos resultados, se ha postulado que sería posible clasificar el trastorno bipolar en subgrupos, dependiendo de la afectación premórbida, lo que puede predecir en buena parte su evolución.

En esta parte del simposio analizaremos cuáles son las similitudes y diferencias halladas en el neurodesarrollo en pacientes con trastorno bipolar y psicosis, si existen hallazgos diferenciales entre ambos trastornos y propondremos debatir acerca de la prevención en base a estos hallazgos.

---

### **Diferencias entre psicosis y trastorno bipolar: los pródromos**

*Dr. Gonzalo Salazar de Pablo - Hospital GU Gregorio Marañón, Madrid*

---

En la segunda ponencia, nos focalizaremos en el inicio de la enfermedad. Presentamos las similitudes y diferencias en la sintomatología prodrómica y subsindrómica entre ambas patologías. En ambas puede aparecer sintomatología similar incluyendo alteraciones en el estado de ánimo, problemas atencionales e ideas extravagantes que pueden tener distinta gravedad y frecuencia. Antes del desarrollo de esquizofrenia pueden aparecer cambios en la conducta externa, en la experiencia interna y en el pensamiento del sujeto. Se estima que un tercio de los sujetos que presentan pródromos sufren un

brote psicótico entre los 2 y 3 años posteriores. Mientras que el pródromo de la esquizofrenia está bien estudiado y existen criterios mejor definidos y escalas muy utilizadas como el CAARMS y SIPS/ SOPS, en el trastorno bipolar los síntomas prodrómicos pasan frecuentemente desapercibidos, previniendo el inicio de intervenciones preventivas tempranas, y muy pocos estudios se han centrado en la investigación y caracterización de los pródromos tempranos del trastorno bipolar, lo que refleja un descuido de los trastornos afectivos y las psicosis afectivas en el campo de la intervención temprana,



particularmente en menores de edad.

Por ello presentamos también la escala “Bipolar Podrome Symptom Interview and Scale” (BPSS). Esta entrevista se desarrolló para diagnosticar los estados bipolares prodrómicos y subsindrómicos y para evaluar la evolución del trastorno bipolar. Está compuesto por un índice de síntomas de manía de 10 ítems, un índice de síntomas de depresión de 12 ítems y un índice de síntomas generales de 6 ítems. Se registran la gravedad, frecuencia, duración, primer inicio y el patrón de estos

síntomas. La BPSS-P tiene propiedades psicométricas de buenas a excelentes, que incluyen una consistencia interna muy alta, confiabilidad entre evaluadores y validez convergente. Presentamos los resultados obtenidos utilizando esta escala en 76 pacientes hospitalizados con un diagnóstico de trastorno del espectro bipolar, encontrando que todos los pacientes han presentado sintomatología subsindrómica de ambas polaridades antes de su hospitalización.

---

### **Diferencias entre psicosis y trastorno bipolar: la cognición social**

*Dr. Julio David Vaquerizo Serrano - Hospital GU Gregorio Marañón, Madrid*

Existen a su vez alteraciones cognitivas en ambas patologías, incluidas alteraciones en la atención, memoria verbal, memoria visual, memoria de trabajo, funciones ejecutivas y velocidad de procesamiento. Las pruebas neurocognitivas muestran sin embargo menor CI y mayor deterioro previo a la enfermedad en pacientes con esquizofrenia comparados con aquellos que presentan un trastorno bipolar. La cognición social es un dominio psicológico multidimensional que envuelve un complejo set de procesos como la representación de estados internos somáticos, conocimiento acerca de uno mismo, percepción de otros y motivaciones interpersonales que permiten una adaptación social. En los últimos años, el interés y la investigación en torno al constructo de la cognición ha presentado un importante auge y desarrollo. Dentro de este campo, aunque la mayoría de trabajos se ha

centrado en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia así como de trastornos del Espectro Autista, cada vez hay mayor evidencia en torno a los déficits existentes en el trastorno bipolar desde el inicio de la enfermedad, incluyendo pacientes menores de edad. Presentamos una revisión sistemática de la bibliografía existente hasta el año 2016 sobre cognición social en trastorno bipolar, incluyendo aquellos estudios que pretenden comparar ambas patologías respecto a este dominio. Analizamos las similitudes y diferencias, sobre todo respecto a gravedad en los distintos dominios incluyendo teoría de la mente (ToM), percepción social, conocimiento social, sesgo de atribución y procesamiento emocional. Analizaremos a su vez si esta afectación existe previo al deterioro de la enfermedad, si es un factor de riesgo o por el contrario se trata de otro síntoma.



---

### S16 TENDENCIAS ACTUALES EN INVESTIGACIÓN EN PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

---

#### **Proyecto CUNMET: estudio de la conectividad cerebral por neuroimagen funcional para la predicción de la respuesta al tratamiento estimulante en niños y adolescentes con TDAH**

*Dra. Pilar de Castro Manglano - Clínica Universidad de Navarra-Madrid*

---

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo, caracterizado por alteraciones en la corteza y conectividad cerebral. Los estudios por imagen por resonancia magnética estructural y funcional han aportado un avance significativo en la comprensión de las bases neurobiológicas de este trastorno; sin embargo, aún no ha logrado demostrar la existencia de marcadores de respuesta al tratamiento. El proyecto CUNMET es un estudio en curso en la Clínica Universidad de Navarra, y trata de explorar la actividad en ciertas redes de

conectividad cerebral funcional (red de activación por defecto y red frontoparietal) como posible marcador de la diferente respuesta clínica que se observa en la práctica habitual con respecto a las líneas de tratamiento farmacológico estimulante en el TDAH. Esta sesión pretende acercar a los asistentes a la metodología de investigación con neuroimagen en Psiquiatría del niño y del adolescente, y de abrir un espacio de debate acerca de las posibilidades de crecer en nuestro país en esta área.

---

#### **Trastorno bipolar de inicio precoz: fisiopatología, sintomatología subsindrómica y prevención precoz**

*Dr. Gonzalo Salazar de Pablo - Hospital GU Gregorio Marañón, Madrid*

---

El trastorno bipolar (TB) es una enfermedad mental crónica con variaciones importantes en el humor, que aparece de manera frecuente en la infancia y en la adolescencia, en cuyo caso su gravedad es aún mayor. La identificación del TB antes de su aparición completa es importante, particularmente durante el periodo prodrómico. El objetivo de esta ponencia es describir el trastorno bipolar en sus etapas más precoces. Pretendemos comparar las características clínicas y la trayectoria de estos pacientes, especialmente los síntomas prodrómicos y subumbrales en jóvenes con un

trastorno del espectro bipolar y analizar la fisiopatología incluyendo parámetros inflamatorios y marcadores de dicho trastorno. Consideramos que el estudio de estos factores puede llevar en el futuro a su vez al descubrimiento de marcadores que podrían emplearse para identificar a individuos en etapas prodrómicas de trastornos psiquiátricos sensibles al estrés como el trastorno bipolar. Esta detección además facilitaría la intervención temprana y podría mejorar la resiliencia y aliviar la carga alostática en el individuo prodrómico.



## **Hospitalización en psiquiatría infantil y adolescente: análisis de los ingresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en menores de 18 años en España**

*Dra. Cecilia Hernández González - Clínica Universidad de Navarra-Pamplona*

### **Introducción**

La psiquiatría del Niño y Adolescente como especialidad médica no está todavía reconocida en España. Los datos sobre la hospitalización psiquiátrica, están recogidos a nivel nacional, y su estudio podría resultar útil para conocer las características, realizar comparaciones con otros países y para el desarrollo de futuras guías clínicas.

### **Objetivos y métodos**

Describir las características de los episodios de hospitalización psiquiátricos en España, de todos los niños y adolescentes hospitalizados desde 1997-2015, tras realizar un estudio longitudinal observacional. Los datos proceden del Conjunto Mínimo de Datos al alta hospitalaria (CMBD-H). En el simposio se pretende compartir los resultados, así como debatirlos, con propuestas hacia futuras líneas de investigación.

### **Resultados**

Hubo un total de 76.389 hospitalizaciones psiquiátricas de niños y adolescentes (13.2 [4.5] años de edad). 42% eran niñas niños y 58%, con una estancia media de 13 (17.4) días. El 74.7% de las hospitalizaciones fueron en el grupo de edad adolescentes (12-18 años), seguido de un 14,8% en escolares (6-12 años) y un 10,5% en niños en

edad preescolar (0-6 años). 71,3% de las admisiones eran urgentes y el 28.6% fueron programadas. El diagnóstico más frecuente, según CIE-9-MC fue "Anorexia nerviosa" (16.5%), seguido por "Ansiedad, Trastornos disociativos y somatomorfos" (10,7%), "Trastornos de conducta no clasificados bajo otros conceptos" (sic) (9.6%), "Síndrome General de adaptación, "(6.4%), "trastornos de la personalidad"(5,4%) y "trastornos episódicos del humor"(5.1%).

### **Conclusiones**

En comparación con estudios internacionales, donde el diagnóstico más frecuente fue "Trastorno Depresivo" y "Trastornos de la Conducta", en España el diagnóstico más frecuente fue "Anorexia Nerviosa" y "Ansiedad, Trastornos disociativos y somatomorfos". El mayor número de hospitalizaciones se produjo en los adolescentes tanto en España como en Estados Unidos. La duración media de estancia en España fue 13 días, mientras que en Estados Unidos la media de estancia ha disminuido desde 12 días en 1990 a 4,5 días en el año 2000. Las diferencias encontradas podrían tener relación con el estado de la especialidad, si bien es necesario continuar estudiando este campo en profundidad.



---

## S17 SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL Y NUEVAS TECNOLOGÍAS: LUCES Y SOMBRAS

---

### Adolescentes adictos reclusos: nuevo reto de tratamiento

Dr. Josep Lluís Matalí Costa – Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat

---

En los últimos años en Europa se ha observado un incremento de la problemática relacionada con el uso de internet y los videojuegos. Esta ha generado una demanda creciente en los dispositivos de salud y concretamente en las unidades de conductas adictivas. A esta situación se le ha añadido una nueva preocupación, los adolescentes que se recluyen en sus habitaciones realizando un sobreuso de internet y reduciendo el contacto social

El adolescente recluso con problemática interpersonal grave y que en múltiples casos presenta de trastornos mentales genera dudas y un nuevo reto en el abordaje.

¿Por qué se ha quedado socialmente solo?, ¿Cómo entendemos el fenómeno de la reclusión?, ¿Todos los adolescentes reclusos son adictos a los videojuegos? ¿Cómo se deben tratar?

Para la presentación se presentan los datos de 100 casos de adolescentes que han consultado en la unidad de conductas adictivas por adicción a los videojuegos. Se han agrupado en tres grupos: Gran Recluso, Recluso, No recluso y se han analizado los diferentes perfiles en relación a presencia o no de adicción a los videojuegos y del trastorno mental concomitante.

---

### Páginas pro-anorexia y bulimia vs. aplicaciones móviles y realidad virtual

Dr. Eduardo Serrano Troncoso – Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat

---

#### Introducción

Diferentes estudios han mostrado una relación significativa entre la exposición a páginas web Pro-Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y un incremento en la insatisfacción corporal, restricción alimentaria y afecto negativo. Por contra, aprovechando el interés de los jóvenes por las nuevas tecnologías se está estudiando la utilidad de aplicaciones móviles y entornos de Realidad Virtual (RV) en el tratamiento de los TCA.

#### Objetivos

Estudiar el uso de internet de pacientes con TCA en relación a la búsqueda de información sobre su enfermedad. Evaluar la asociación entre los hábitos de búsqueda en Internet y variables socio-demográficas y clínicas. En contraposición, un segundo objetivo de la

ponencia es presentar el diseño de dos estudios sobre la utilidad de añadir una aplicación móvil (TCAApp) y RV (exposición a la imagen corporal) en adolescentes con patología alimentaria.

#### Resultados

Se analizaron las respuestas (encuesta elaborada para este estudio) de 294 pacientes con TCA [51% presentaba Anorexia Nerviosa (AN), 27.6% TCA-No Especificado (TCA-NE), 16% Bulimia Nerviosa (BN) y 5.4% Trastorno por Atracones (TA)]. La media de edad fue de 19.28 (DE: 6.9) años y el 92.2% fueron del sexo femenino. Un 59.2% de los pacientes en su primera búsqueda en Internet buscaron información considerada como “no saludable” (31.6% Cómo adelgazar rápido; 10.86% Blogs/foros Pro-Ana y Pro-Mía; 11.68% Dietas



extremas para bajar peso y un 5.2% Cómo vomitar). El 40.8% restante buscaron Información sobre el trastorno (26.8%) e Información sobre dietas/nutrición (14%). El 85% de los pacientes realizaron su primera búsqueda en Internet siendo menor de edad (media de edad: 15.51 años). No se encontraron diferencias significativas por grupo diagnóstico en cuanto a la búsqueda de información en Internet (AN>BN>TA>TCA-NE;  $p=.065$ ). El 71.3% de los pacientes consideraron que la información encontrada en Internet contribuía de forma negativa a su enfermedad. El 87.7% de los casos, la familia desconocía los hábitos de búsqueda en Internet.

### Conclusiones

El hábito de búsqueda en Internet está muy extendido en nuestra población clínica. Más de la mitad de los

pacientes buscan contenidos “no saludables” en su primera búsqueda en Internet. Estas búsquedas se inician en una etapa vulnerable para el debut de un TCA como es la adolescencia. Es necesario establecer medidas de protección y prevención ante la información potencialmente perjudicial de Internet sobre los trastornos de la conducta alimentaria. Frente a los resultados de este estudio se presentará el diseño de dos investigaciones innovadoras que están en curso. El primer estudio tiene como objetivo evaluar la eficacia clínica de añadir a la terapia convencional una intervención online mediante una aplicación diseñada específicamente para los TCA. El segundo estudio tiene como objetivo la exposición a la propia imagen corporal (aumentada) mediante entornos de RV en pacientes con AN.

---

## Incremento de la conducta suicida en adolescentes: ¿qué papel juegan las redes sociales?

*Dr. Francisco Villar Cabeza – Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat*

---

El suicidio es un problema de Salud Pública, que genera la pérdida de muchos años de vida y un elevado sufrimiento en el entorno, pero lo más importante de este fenómeno es que se puede evitar. En 2012 se estimó que 804.000 personas fallecieron por suicidio en todo el mundo. Además, éste constituye la segunda causa de mortalidad a nivel mundial entre jóvenes de entre 15 y 29 años (WHO, 2014). En España, en adolescentes de esta franja de edad, el suicidio sigue representando la segunda causa de mortalidad, sólo por detrás de los accidentes de tráfico y por delante de los tumores (INE, 2017).

En Noviembre de 2013 se creó el programa de atención especializada a la conducta suicida del Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona), se han atendido desde entonces 1159 episodios de conducta suicida en menores de 18 años. Durante el 2014 y 2015 se observó una demanda estable de adolescentes atendidos por conducta suicida, durante el 2016 se produjo una disminución del 14% de la demanda, que entendimos relacionada con la creación del programa y con la puesta en marcha del Codi de Risc Suicida (CRS) en 2014. Sin embargo, a lo largo del pasado 2017, hemos tenido que hacer frente a dos

fenómenos de gran impacto social y mediático como han sido la serie “13 Reasons Why” y “la Ballena Azul”. Como consecuencia de esos fenómenos se ha observado un incremento del 33% de la demanda con respecto al 2016, además con la mayor incidencia en los meses en los que se presentaron. Desde el inicio del programa nos hemos enfrentado con un mal uso de las redes sociales, chats, blogs y grupos de WhatsApp (portales de muy fácil acceso para los adolescentes) que promueven la conducta autolítica. A éstos se le suman estos dos nuevos fenómenos que muy probablemente guardan estrecha relación con el aumento de tentativas percibido a lo largo del pasado año.

Es por esto que es importante realizar un esfuerzo por tratar de entender el uso y la influencia que tienen las redes sociales sobre la conducta suicida en los adolescentes, estudiar la frecuencia, el tipo de uso, los portales y los motivos por los que los adolescentes se interesan por este tipo de contenidos. Las redes sociales requieren de nuevas formas de detección, promoción, prevención e intervención de la conducta suicida.



## COMUNICACIONES ORALES

### CO1

#### ¿SON TCL Y TDAH DIFERENTES SÍNDROMES? ANÁLISIS ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL CEREBRALES DE LOS SÍNTOMAS TCL

Camprodon Rosanas Ester(1), Pujol Jesús(2), Batlle Santiago(3), Forns Joan(2), Martínez Vilavella Gerard(4), Estrada Xavier(3), Dolz Montserrat(1), Sunyer Jordi(4)

Servei de Psiquiatria i Psicologia, Hospital Sant Joan de Déu(1); MRI Research Unit, Hospital del Mar(2); CSMIJ Sant Martí i La Mina(3); Institut de Salut Global de Barcelona (ISGlobal)(4)

**Antecedentes:** la etiología de los síntomas tempo cognitivo lento (TCL) en términos de contribuciones biológicas o neuroanatómicas es poco conocida. En el único estudio de síntomas TCL y resonancia magnética funcional, en un grupo de adolescentes (chicas) con trastorno por déficit de atención hiperactividad (TDAH), se determinó que los síntomas TCL se asociaban a una hipoactividad en el lóbulo superior parietal izquierdo (Fassbender, Krafft, Schweitzer, 2015). No existen estudios previos que analicen la asociación entre los síntomas TCL y la anatomía y funcionamiento del cerebro en población general. El objetivo de este estudio es determinar la asociación entre la anatomía y función del cerebro y los síntomas TCL en una muestra de escolares de Barcelona.

**Métodos:** estudio desarrollado en el marco de un proyecto diseñado para evaluar el desarrollo cerebral en la infancia (BREATHE, The European Commission: FP7-ERC-2010-AdG, ID 268479) realizado por el Centre de Recerca en Epidemiologia i Medioambiental (CREAL) (ISGlobal). Para el presente estudio, se ha realizado una valoración completa de la imagen por resonancia magnética (IRM) en niños que se disponía de la evaluación completa de los síntomas TCL (mediante la subescala Child Behavior Checklist - TCL; Alpha Cronbach = 0.7). La muestra final estuvo formada por 178 escolares (52.25% niños) (M = 9.8 años, DE = 0.8) y

rango de 8.0 a 12.1 años. Las imágenes fueron analizadas utilizando el Statistical Parametric Mapping (SPM8). Los mapas de las imágenes de anisotropía cerebral y de conectividad funcional se incluyeron en un segundo nivel de análisis para poder cartografiar la relación entre las puntuaciones TCL y cada modalidad de imagen por separado. Todos los análisis SPM se realizaron con y sin ajuste por sexo y edad.

**Resultados:** los síntomas TCL tienen una fuerte asociación con la estructura anatómica del lóbulo frontal en forma de aumento de volumen regional. Las regiones anormalmente grandes son funcionalmente menos maduras según los resultados del patrón de conectividad funcional. Los resultados en el análisis de las imágenes con tensor de difusión no son significativas.

**Conclusión:** Nuestros resultados sugieren que los síntomas TCL se asocian a características estructurales y funcionales específicas del cerebro que difieren de los sustratos neurales clásicos descritos ampliamente en el TDAH. Estos resultados abren nuevas vías de investigación sobre la etiopatogenia de los síntomas TCL en términos de factores estructurales y funcionales cerebrales. Permitiendo, de esta forma, el ensayo de nuevas intervenciones terapéuticas sobre la base de los sustratos neuroanatómicos hallados. Se requieren más estudios que puedan replicar estos resultados.

### CO2

#### GUANFACINA: 1 AÑO DE USO CLÍNICO Y REPERCUSIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TDAH

Pardo Guerra María(1), Marín Alcaraz Lorena(2), Massana Montserrat(1)

Hospital Parc Taulí(1); Hospital Mútua de Terrasa Pàmias(2)

**Introducción** El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo con una prevalencia de 5,29% que supone un 23% de las consultas de salud mental. Aparte



de los síntomas principales es frecuente la comorbilidad con otros diagnósticos como trastornos de conducta y ansiedad. En febrero de 2017 se aprobó en España el tratamiento con guanfacina cuando los psicoestimulantes no son adecuados, son ineficaces o mal tolerados. Para el tratamiento de los trastornos de conducta está aprobado el uso de antipsicóticos, aunque numerosos estudios evidencian que tienen un perfil de tolerabilidad deficiente debido a efectos extrapiramidales y metabólicos.

**Material y métodoS:** Los datos han sido extraídos de la estación de trabajo clínica HP-HCIS (CSPT) RESULTADOS Nuestra muestra se compone por el total de pacientes (103) que han iniciado tratamiento con guanfacina desde marzo a septiembre de 2017 en el Hospital Parc Taulí de Sabadell. De la muestra un 78,60% son varones, con una edad media de 12 años, diagnosticados principalmente de TDAH (98,06%) y otro diagnóstico comórbido (77,67%), siendo más frecuente el trastorno del espectro autista (47,57%), seguido de los trastornos de ansiedad (15,44%) y de los trastornos de conducta (15,44%) que aumenta hasta un 47,4% en pacientes diagnosticados de TDAH y discapacidad intelectual. La dosis media utilizada es de 3,20mg día. La retirada se produjo en el 14,56% por hipotensión (33,33%) y somnolencia (13,33%). La mayoría de los pacientes con guanfacina reciben politerapia asociada a psicoestimulantes (81,56%) y antipsicóticos (64,07%) y en un 18,44% están en tratamiento con monoterapia. Tras la introducción de guanfacina, de los pacientes que están en tratamiento con antipsicóticos en un 72,73% se produjo retirada (30,30%), reducción (22,73%) o cambio (19,70%) principalmente a aripiprazol, y de los pacientes en politerapia con psicoestimulantes un 45,60% realizó retirada (30,10%) o reducción (15,50%).

**Conclusiones:** El perfil de paciente en tratamiento con guanfacina son pacientes complejos, diagnosticados con TDAH con uno o más diagnósticos comórbidos (principalmente TEA), en los que son frecuentes las alteraciones de conducta graves y no han funcionado los tratamientos de primera línea. La guanfacina es un tratamiento eficaz y bien tolerado, que en nuestra muestra su uso posibilita la retirada, reducción o cambio de tratamiento con antipsicóticos minimizando y disminuyendo los secundarismos asociados estos tratamientos. Por el momento no existe literatura al

respecto.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Joseph A, et al. Comparative efficacy and safety of attention-deficit/hyperactivity disorder pharmacotherapies, including guanfacine extended release: a mixed treatment comparison. *Eur Child Adolescent Psychiatry.* (2017) Aug,26(8):875-897

## CO3

### DELITO Y PATOLOGÍA MENTAL: ESTUDIO DE REINCIDENCIA DE LOS MENORES CON TRASTORNO MENTAL ATENDIDOS EN EL ÁMBITO DE JUSTICIA JUVENIL EN CATALUÑA

*Ribas Siñol María, Civit Ramírez Mónica, Del Prado Sánchez Noemí, Claramunt Mendoza Jaume, Martínez Mas Jaume, Canalias Perez Oriol*  
*Ut Ce Til.Lers Parc Sanitari Sant Joan De Deu*

**Introducción:** El presente estudio[1] profundiza en el conocimiento de la reincidencia delictiva y las variables de riesgo y de protección asociada a la misma, en una población de jóvenes que presentan problemas de salud mental y han cometido conductas transgresoras que han requerido la intervención del sistema judicial de menores, cumpliendo medidas de internamiento en la Unidad Terapéutica (UT) del Centro Educativo (CE) Til. lers – Parc Sanitari Sant Joan de Deu.

**Material y métodos:** A través de la extracción informática, se recopilaron los datos de los jóvenes que, entre los años 2010 y 2013, finalizaron una medida de internamiento judicial en la UT (N=81). El periodo de seguimiento se extendió hasta el 30/VI/2016. Las variables sociodemográficas, clínicas, judiciales y de reincidencia de los jóvenes se analizaron mediante el SPSS.

**Resultados:** El perfil atendido en la UT es un chico, español de 16 años, con un nivel socioeconómico medio y estudios de secundaria. Antecedentes psiquiátricos familiares en el 18,5%. El 53% presenta problemática asociada al consumo de tóxicos en patrón de dependencia. Predomina el trastorno de personalidad (35,8%) y los



128

trastornos del espectro psicótico (23,5%). Un 51,9% de los jóvenes reinciden, el 47,6% durante los 6 primeros meses y un 35,7% tiene más de 3 reincidencias.

Se han encontrado diferencias en cuanto a la tipología de trastornos y los delitos, reincidencia, factores de riesgo y de protección.

**Conclusiones:** Los casos atendidos presentan una elevada complejidad clínica asociada a vulnerabilidad familiar. A pesar de tener la valoración de riesgo de reincidencia más elevada en el sistema judicial de menores, la reincidencia no es superior en este grupo versus la población general de Justicia Juvenil.

La intervención terapéutica y judicial permite detectar áreas de actuación prioritarias. Es imprescindible mejorar e intensificar el seguimiento especializado al finalizar el internamiento judicial durante los primeros 6 meses, mejorar la capacitación de los profesionales en esta área así como las políticas orientadas a la prevención.

**Nota de los autores:** La UT ha participado desde el año 2016 al 2018 en el Proyecto Europeo Fact for Minors junto con Italia, Finlandia, Portugal y Alemania. El objetivo es mejorar la atención especializada de menores infractores que padecen una enfermedad mental e implementar tratamientos alternativos y basados en buenas prácticas clínicas.

[1] Este estudio ha sido realizado conjuntamente con profesionales del Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada de la Generalitat de Catalunya. Publicado el 13 de Marzo de 2018.

<http://cejfe.gencat.cat/ca/recerca/catalog/crono/2018/delictes-patologia-mental/>

## CO4

### ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN GENERAL Y EN HABILIDADES SOCIALES DURANTE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL EN PACIENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA) MEDIANTE ESCALA OBSERVACIONAL Y CHILD BEHAVIOUR CHECKLIST (CBCL).

*Alcover Van de Walle Carlota(1), Mairena García de la Torre M<sup>a</sup> Ángeles(1), Mezzatesta Gava Marcela(1),*

*Balaña Gemma(1), Arias Eulàlia(2), González Rodríguez Mireia(1), Elías Carbonell Neus(1), Rueda Barcena Isabel(1), Díez Juan María(1)*

*Hospital Sant Joan de Déu(1); Universitat Blanquerna(2)*

**Introducción:** Las dificultades en habilidades de comunicación e interacción social son síntomas nucleares en las personas con TEA. Aunque la literatura destaca la utilidad de las intervenciones grupales, existe escasa evidencia sobre su efectividad y sobre la metodología adecuada para valorarla.

Se explora la efectividad de un programa de entrenamiento en habilidades sociales adaptado de "MIND Social Skills Training", de Solomon y cols. (2004; UC Davis Mind Institute). Se analizará la mejoría en iniciación y respuesta social.

**Método:** Estudio experimental con medidas de cuestionarios y una escala de observación. La muestra constaba de 30 participantes con diagnóstico de TEA y nivel verbal normal, divididos en dos grupos: niños (8-12 años) y adolescentes (13-17 años). Se realizaron 10 sesiones semanales de 90 minutos. Se administró el cuestionario CBCL (Achenbach, 1992) pre y post intervención. Se aplicó una adaptación de la escala observacional de Bauminger (2007) para codificar las conductas durante 15 minutos de tiempo libre en cada sesión. Se seleccionaron 3 sesiones (2<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup> y 9<sup>a</sup>) y se compararon las puntuaciones de la escala observacional. Se codificaron los 10 participantes (4 niños y 6 adolescentes) que cumplieron el total de las sesiones.

**Resultados:** De la muestra total, se obtuvieron resultados significativos con reducción de las puntuaciones en distintas escalas del CBCL; Ansiedad/Depresión (p=0,011), Problemas Sociales(p=0,001), Alteraciones del pensamiento (p=0,014), Problemas Internalizantes (0,001) y Problemas Totales (p=0,003).

Para comparar los vídeos de las 3 sesiones se realizó un ANOVA y no se obtuvieron resultados significativos. Sin embargo, a partir de la prueba de Wilcoxon se observó un aumento en respuesta e iniciación social entre la 2<sup>a</sup> y la 9<sup>a</sup> sesión.

En cuanto a la edad, observamos que los adolescentes realizan más respuestas sociales (p=0,0397), más contacto ocular (p=0,0417) y más gestos convencionales



( $p=0,0191$ ) que los niños. En cambio, los niños realizan más juego funcional ( $p=0,0441$ ) que los adolescentes.

**Conclusiones:** Los resultados de los cuestionarios muestran disminución significativa en sintomatología comorbida en TEA. Los resultados de la escala observacional muestran tendencia a incrementar la respuesta e iniciación social en algunos participantes y diferencias entre niños y adolescentes. Se requieren más estudios con metodología observacional e incrementar los tamaños muestrales e intensidad terapéutica para determinar la efectividad de los programas de habilidades sociales.

## BIBLIOGRAFÍA

McMahon, C. M., Lerner, M. D., & Britton, N. (2013). Group-based social skills interventions for adolescents with higher-functioning autism spectrum disorder: a review and looking to the future. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 2013, 23–28.

## CO5

### VARIANTES GENÉTICAS RELACIONADAS CON LA REMISIÓN Y RECUPERACIÓN DE UN EPISODIO DEPRESIVO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES TRATADOS CON FLUOXETINA.

Blázquez Hinojosa Ana(1), Gassó Astorga Patricia(2), Rodríguez Ferret Natalia(2), Boloc Daniel(2), Mas Herrero Sergi(2), LaFuente Flo Amalia(2), Lázaro García Luisa(1)

Hospital Clínic de Barcelona(2), Universidad de Barcelona(2)

**Introducción:** el trastorno depresivo mayor (TDM) afecta al 2-8% de los niños y adolescentes, teniendo impacto a nivel social, familiar y escolar (1). La fluoxetina (FLX) es el único antidepresivo que ha demostrado ser significativamente superior al placebo en un metanálisis reciente (2). Sin embargo un porcentaje alto de pacientes no responden al tratamiento. En la respuesta al tratamiento están implicados ciertos genes relacionados con las vías serotoninérgicas (3). El objetivo de nuestro estudio es evaluar la influencia de variantes genéticas relacionadas con las vías serotoninérgicas en la remisión y la recuperación de un episodio depresivo.

**Material y métodos:** estudio naturalístico de seguimiento a 12 meses de pacientes diagnosticados de TDM. Se evaluó la remisión y la recuperación del episodio depresivo. La remisión se definió como un período de 2 semanas de buen funcionamiento sin cumplimiento de criterios de depresión, durante el período de seguimiento. La recuperación se definió como no presentar a los 12 meses el diagnóstico de TDM mediante la entrevista diagnóstica KDSAS-PL. También se obtuvo información de la mejoría de los síntomas mediante la escala de depresión CDI y la escala CGI. Se seleccionaron 69 polimorfismos de un solo nucleótido (SNP) de relacionados con las vías serotoninérgicas. Se genotiparon utilizando TaqMan.

**Resultados:** completaron el seguimiento 46 pacientes (78% género femenino), con una media de edad al inicio del estudio de 14,1 años ( $DS=1,9$ ). La media de dosis de FLX a los 12 meses fue de 22,0mg/día ( $DS=16,8$ ). 32 pacientes (70%) tuvieron remisión de los síntomas en algún momento durante el seguimiento. Sin embargo, solo 26 pacientes (56%) se recuperaron. La remisión y la recuperación se asociaron con puntuaciones más bajas en las escalas CDI y CGI. Los análisis genéticos mostraron una asociación entre el polimorfismo rs7997012 localizado en el gen HTR2A. La frecuencia de homocigotos para el alelo dominante (GG) era significativamente mayor en los que presentaron remisión ( $OR = 9,1$ ;  $p = 0,0002$ ). Se encontró la misma distribución en recuperados versus no recuperados pero sin alcanzar la significación estadística ( $OR = 2,3$ ;  $P = 0,08$ ). Los pacientes homocigotos para GG también presentaron disminución más importante de las escalas CDI y CGI a los 12 meses.

**Conclusiones:** el gen HTR2A parece estar implicado en la respuesta antidepresiva, particularmente el polimorfismo rs7997012. Son necesarios estudios con cohortes más grandes para poder utilizarlos como predictores de la respuesta a FLX.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Costello, E.J.; Foley, D.L.; Angold, A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006, 45, 8-25, doi: 10.1097/01.chi.0000172552.41596.6f



130

- Cipriani, A.; Zhou, X.; Del Giovane, C.; Hetrick, S.E.; Qin, B.; Whittington, C.; Coghill, D.; Zhang, Y.; Hazell, P.; Leucht, S.; et al. Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. *Lancet* 2016, 388, 881-890, doi: 10.1016/S0140-6736(16)30385-3.
- Xia, L.; Yao, S. The Involvement of Genes in Adolescent Depression: A Systematic Review. *Front Behav Neurosci* 2015, 21, 9-329. doi: 10.3389/fnbeh.2015.00329.

## CO6

### RIESGO DE ENVENENAMIENTO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TDAH: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METANÁLISIS.

*De Castro Manglano Pilar(1), Ruiz-Goikoetxea Maite(2), Cortese Samuel(2), Magallón Sara(3), Aznarez-Sanado Maite(4), Álvarez-Zallo Noelia(4), Elkin O Luis(4), Soutullo Cesar(1), Arrondo Gonzalo(5)*

*Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, Clínica Universidad de Navarra, Madrid y Pamplona (1); Servicio de Urgencias Extrahospitalarias Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea(2); Center for Innovation in Mental Health, University of Southampton, Academic Unit of Psychology, Southampton, UK(3); Facultad de Educación y Psicología, Universidad de Navarra, Pamplona (4); Instituto Cultura y Sociedad (ICS), Grupo Mente-Cerebro, Universidad de Navarra, Pamplona(5)*

**Introducción:** Entre las causas más frecuentes de lesiones físicas en la infancia y adolescencia, los envenenamientos suponen una causa de morbimortalidad importante, ya que llevan a cerca de 45000 muertes anuales en menores de 20 años<sup>1</sup>. Determinados síntomas nucleares del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes como la falta de control de la impulsividad y la inatención podrían hacerlos más propensos a envenenamiento respecto a niños y adolescentes sin TDAH.

**Material y métodos:** Se realizó una revisión sistemática y metanálisis para cuantificar el riesgo de envenenamiento en niños y adolescentes. En su realización se han seguidos las recomendaciones internacionales<sup>2,3</sup>: 1) registro

del protocolo (PROSPERO ID CRD42017079911), 2) búsqueda sistemática en distintas bases de datos (114 bases de datos) y 3), extracción, evaluación duplicada de calidad y sesgos por investigadores independientes.

**Resultados:** Se evaluaron inicialmente 826 referencias, de las cuales 9 estudios cumplían los criterios de inclusión para el metanálisis. El tamaño muestral conjunto los estudios sumaba 1.398.946 controles y 87.756 casos con TDAH. La combinación de los desenlaces extraídos de los estudios originales (hazard y odds ratios) mostró que el TDAH está asociado a un riesgo significativamente mayor de envenenamiento, con un tamaño de efecto de 3.14 (Intervalo de Confianza 95% = 2.23, 4.42). Los artículos no reportaban datos sobre el número de individuos que recibían tratamiento farmacológico para el TDAH por lo que no pudo evaluarse el efecto de la medicación en el riesgo de envenenamientos.

**Conclusiones:** El riesgo de envenenamiento es mayor en niños y adolescentes con TDAH situándoles como población de riesgo. Estos hallazgos deberían ser tenidos en cuenta a la hora de establecer medidas de prevención en estos pacientes para minimizar el riesgo de envenenamiento: advertir a los padres y tutores de una mayor supervisión y del correcto uso de tratamientos y sus consecuencias así como un mayor conocimiento de los síntomas iniciales de una posible intoxicación. Del mismo modo la sospecha diagnóstica de TDAH debería estar presente en niños y adolescentes con visitas repetidas a servicios de urgencias por envenenamiento. Futuras líneas de investigación podrían evaluar si, de forma análoga a las lesiones físicas<sup>4</sup>, la medicación podría reducir el riesgo de envenenamiento en niños y adolescentes con TDAH.

## CO7

### PSICOPATOLOGÍA DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES RESIDENTES EN CENTROS TUTELADOS QUE PRECISAN HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA: ESTUDIO CASO-CONTROL

*Solerdellcoll Arimany Mireia(1), Fortea González Adriana(1), Ilzarbe Simorte Daniel(2), Sugranyes Ernest Gisela(2), Morer Liñán Astrid(2), Baeza Pertegaz*



*Inmaculada(2)*

*Servicio de Psiquiatría y Psicología. Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona. Universitat de Barcelona, Barcelona, España; Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-juvenil. Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona. Universitat de Barcelona, Barcelona, España. IDIBAPS. CIBERSAM(2)*

**Introducción:** Los Centros Residenciales de Acción Educativa (CRAE) son un recurso residencial alternativo a un medio familiar inexistente, deteriorado o con graves dificultades para cubrir las necesidades básicas de niños o adolescentes tutelados por la Generalitat de Cataluña. Existe una tendencia ascendente en el número de tutelas y de acogimientos residenciales en los últimos años. Nuestro objetivo es evaluar las características psicopatológicas diferenciales de esta población

**Método:** estudio transversal retrospectivo de los menores de 18 años residentes en CRAEs que requirieron hospitalización en nuestra Unidad entre enero de 2014 y diciembre del 2016. Como grupo control se seleccionó a todos los menores residentes con sus familias (noCRAEs) que ingresaron en la Unidad en 2016. Se registraron variables socio-demográficas y clínicas.

**Resultados:** Se identificaron 74 casos y 215 controles, sin diferencias en sexo (% mujeres: 63.5% vs. 66.6%) y diferencias de edad ( $14.5 \pm 2.2$  vs  $15.3 \pm 1.8$ ;  $p=.0025$ ), porcentaje de extranjeros (55.4% vs 1.4%;  $p<.001$ ) y antecedentes de maltrato (30% vs 5%;  $p<.001$ ).

En ambos grupos el dispositivo de derivación más frecuente fue urgencias (35.8%). No se encontraron diferencias en el tiempo de hospitalización (media común=19 días), ni en la derivación al alta (consulta externa=48%; Hospital de Día=41%).

El diagnóstico más frecuente al alta en CRAEs fue Trastorno de la Conducta (60%). Los CRAEs presentaban más diagnósticos de psicosis (28% vs 16%;  $p=.018$ ), retraso mental (19% vs 7%) y consumo de sustancias (46% vs 30%;  $p=.015$ ) a expensas del consumo de cannabis y alcohol. Aun sin diferencias en el grupo de trastornos afectivos ( $p=.17$ ), el principal diagnóstico difería significativamente ( $p<.001$ ) entre CRAEs (trastornos adaptativos=50%) y noCRAEs (trastornos depresivos=45%). La comorbilidad era frecuente en ambos grupos (100% vs 98%;  $p=.19$ ), difiriendo en el

número medio de diagnósticos (4.2 vs 2.3;  $p<.0001$ ).

En cuanto al uso de Urgencias, se encontraron más visitas entre los CRAEs pre- (2.8 vs 1.7;  $p=.0008$ ) y post-ingreso (3.5 vs .07;  $p<.0001$ ) y un efecto interacción grupo x tiempo ( $p=.0028$ ), mostrando una reducción significativa en los noCRAEs ( $p<.0001$ ) a lo largo del tiempo, que no se replica en los CRAEs ( $p=.46$ ). Todos los casos, a excepción de uno, fueron dados de alta con tratamiento psicofarmacológico, mientras que en los controles 21 ( $p<.0001$ ).

**Conclusiones:** Nuestros resultados apoyan que los menores de CRAEs representan un grupo de población de riesgo de presentar más patología y comorbilidad psiquiátrica que requieren más recursos asistenciales.

Estos menores podrían beneficiarse de intervenciones multidisciplinares y programas específicos

## BIBLIOGRAFÍA

1. Informe anual sobre los derechos del niño. 2014-2016. Síndic de Greuges Catalunya.

## CO8

### TLP EN ADOLESCENTES. ¿COINCIDEN PADRES E HIJOS EN LOS SÍNTOMAS REPORTADOS?

*Labrada Lerma Ana, Díaz Cosgaya Aida, Sesma Pardo Eva, Kerexeta Lizeaga Iñaki, Vivanco González Esther, Orgaz Barnier Pablo, Fernández Rivas Aránzazu, González Torres Miguel Ángel  
Hospital Universitario de Basurto, Servicio de Psiquiatría*

**Introducción** El Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Basurto ofrece el paquete completo de tratamiento de Terapia Dialéctica Conductual tanto a adolescentes (y sus padres) como a adultos con diagnóstico de TLP o rasgos de personalidad marcadamente impulsivos, con conductas autolesivas e inestabilidad emocional. Algunos estudios sugieren que una disparidad entre los síntomas reportados por padres e hijos puede dar lugar a dificultades para otorgar un diagnóstico fiable y temprano a los menores (Moretti, Fine, Haley, y Unión, 1985).



**Material Y métodos:** La muestra la conforman 118 pacientes que asisten o han asistido a los grupos de habilidades de terapia dialéctica conductual (TDC) para adolescentes con edades comprendidas entre los 11 y los 18 años. Una porción significativa de la muestra incluye sujetos que cumplen con criterios para diagnóstico de TLP o sintomatología subclínica. Entre otros, los pacientes respondieron a su entrada a los grupos al cuestionario autoadministrado YSR (Youth Self Report), el cual evalúa patología internalizante y externalizante. Los padres o tutores respondieron a su vez al CBCL (Child Behavior Checklist), que explora estas mismas dimensiones. Se trataron los datos con el programa estadístico SPSS: la correlación entre los resultados de las distintas pruebas se analizó mediante  $r^2$  de Pearson, dividiendo la muestra en distintos grupos, en función del sexo y de la edad.

**Resultados:** Hay correlación positiva entre las puntuaciones obtenidas en CBCL e YSR (tanto internalizante como externalizante) en los dos grupos de hombres y mujeres. Sin embargo, dicha correlación es elevada para las mujeres y moderada para los hombres independientemente de la edad, llegando a alcanzar para ellas una correlación  $r^2$  de 0,85 ( $p < 0,001$ ) en sintomatología externalizante en el grupo de 15 a 18 años.

**Conclusiones:** La mayor petición de consultas en patología TLP o conductas autolíticas parte de pacientes mujeres, que parece son las que tienden a solicitar ayuda más tempranamente por este tipo de problemáticas. Ello podría estar en la base de la mayor correlación entre los síntomas reportados por ellas y los señalados por sus padres. A pesar de ello, la diferente representación de hombres en la muestra (30%) conlleva la necesidad de replicar dicha investigación con muestras más amplias.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Moretti, M. M., Fine, S., Haley, G., & Marriage, K. (1985). Childhood and Adolescent Depression: Child-report versus Parent-report Information. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24(3), 298-302. Retrieved March 15, 2018, from [http://www.jaacap.com/article/S0002-7138\(09\)61090-6/pdf](http://www.jaacap.com/article/S0002-7138(09)61090-6/pdf)

### CO9 SEGURIDAD A LARGO PLAZO DE GUANFACINA DE LIBERACIÓN PROLONGADA (GXR) EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TDAH

*Huss Michael, Dirks Bryan, Muñoz Ruiz Antonio, Ramos-Quiroga J Antoni, Newcorn Jeffrey H  
Johannes Gutenberg University Mainz; Shire (current address G u Joan ICON Clinical Research); Shire; Shire; Hospital Universitari Vall d'Hebron and Universitat Autònoma de Barcelona; Icahn School of Medicine at Mount Sinai*

**Introducción:** Evaluamos la seguridad y eficacia de la guanfacina de liberación prolongada (GXR) en subgrupos de niños (entre 6 y 12 años de edad) y adolescentes (entre 13 y 18 años de edad) con TDAH en el primer estudio de dos años sobre la GXR (SPD503-318).<sup>1</sup>

**Materiales y métodos:** El estudio SPD503-318 fue un ensayo europeo de fase 3, abierto y con un solo grupo. Los participantes recibieron GXR en dosis optimizada durante un máximo de 2 años (dosis máxima permitida: en niños, 4 mg/día; en adolescentes, 4-7 mg/día en función de su peso).

**Resultados:** De los 215 participantes reclutados, la población de seguridad se componía de 214 personas (niños,  $n = 131$ ; adolescentes,  $n = 83$ ), y 133 completaron el estudio (niños,  $n = 79$ ; adolescentes,  $n = 54$ ). Al inicio, la mayoría de los participantes eran varones (niños, 80,2 %; adolescentes, 63,9 %) y las puntuaciones medias en las subescalas de la ADHD-RS-IV fueron peores en niños que en adolescentes: hiperactividad/impulsividad, 19,6 vs 13,3; déficit de atención, 20,4 vs 17,9. Durante los dos años de estudio, la frecuencia de los acontecimientos adversos surgidos por el tratamiento (AAST) fue similar en niños (84,7 %) y adolescentes (79,5 %). Los AAST descritos en  $>10$  % de los participantes en ambos grupos de edad fueron somnolencia, cefalea y cansancio. La frecuencia de AAST graves y AAST que ocasionaran un abandono prematuro fue baja para ambos grupos de edad ( $<7$  % de los participantes). No hubo fallecimientos. En la evaluación final, la media de las variaciones entre los valores iniciales en las puntuaciones de las subescalas de



la ADHD-RS-IV de hiperactividad/impulsividad y déficit de atención fueron nominalmente significativos tanto en niños (-10,9 y -9,3 respectivamente; ambas  $p < 0,0001$ ) como en adolescentes (-8,8 y -10,4 respectivamente; ambas  $p < 0,0001$ ).

**Conclusión:** En este análisis del subgrupo SPD503-318, la GXR fue bien tolerada tanto por niños como por adolescentes con TDAH, con una tolerabilidad similar a la observada en ensayos previos. La disminución de los síntomas de TDAH durante el periodo de dos años de tratamiento con GXR fue similar tanto para niños como para adolescentes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Huss M et al. ECAP 2018; en prensa.

El estudio fue financiado por Shire Development LLC.

## CO10

### PREDICTING SELF-HARM AFTER SEXUAL ASSAULT IN ADOLESCENCE: THE ROLE OF PRE- AND POST-ASSAULT FACTORS

*Valencia Agudo Fatima, Kramer Tami, Clarke Venetia, Viner Russell, Goddard Andrea, Khadr Sophie*  
*Imperial College, Universitat Autònoma de Barcelona; Imperial College; King's College NHS Foundation Trust; University College London; Imperial College Healthcare NHS Trust; University College London*

**Background.** Adolescent sexual assault has been associated with an array of negative mental health outcomes, including self-harm (1). Little is known about correlates and predictors of this maladaptive behaviour in the aftermath of sexual trauma. Previous research has shown a link between self-harm, psychological distress and childhood trauma. It is hypothesised that both pre-assault vulnerabilities and post-assault psychological distress will predict self-harm in a sample of sexually assaulted adolescents.

**Methods.** The sample ( $n = 141$ , 133 females) was recruited from adolescents accessing the Havens, sexual

assault centres in the UK (recruitment rate 29%). This study included data collection at T0 (average 3.9 weeks post-assault) and T1 (average 21.8 weeks post-assault). A semi-structured interview collected assault details, social, clinical and self-harm variables. Validated questionnaires were administered to assess depressive and posttraumatic stress symptoms. Bivariate logistic regression was performed to explore significant pre and post-assault predictors, adjusting for self-harm in the 12 months before the assault and the number of assailants (associated with self-harm in bivariate analyses).

**Results.** Data are presented for the 98 female participants [Mean age (IQR) at assault 15.6 (1.1)] who completed self-harm information at T0 and T1. The rate of self-harm was 38.1% prior to the assault and 41.3% at T1. In the nonadjusted model, history of being on the Child Protection Register (OR=3.60; 95% CI, 1.30 to 10.01;  $p < 0.05$ ), depressive symptoms at T0 (OR=5.83; 95% CI, 2.35 to 14.43;  $p < 0.01$ ) and T1 (OR=2.79; 95% CI, 1.20 to 6.50;  $p < 0.05$ ) and posttraumatic symptoms at T1 (OR=3.21; 95% CI, 1.36 to 7.58;  $p < 0.01$ ) predicted self-harm at T1. In the adjusted model (controlling for pre-assault self-harm and number of assailants), these associations were attenuated with the exception of depression at T0 (OR=4.21; 95% CI, 1.57 to 11.28;  $p < 0.01$ ).

**Discussion.** Assaulted adolescents who have history of family dysfunction, pre-assault self-harm, post-assault depression and persistent posttraumatic stress symptoms might be at higher risk of self-harming after sexual assault. Increased posttraumatic symptoms in the right aftermath of trauma do not appear to involve higher risk but an immediate depressive response was identified as the most robust predictor. Future studies should replicate these findings with a larger sample and considering different trajectories (onset, continuation) of post-assault self-harm. (1) Asgeirsdottir BB, Sigfusdottir ID, Gudjonsson GH, Sigurdsson JF. Associations between sexual abuse and family conflict/violence, self-injurious behavior, and substance use: The mediating role of depressed mood and anger. *Child abuse & neglect.* 2011;35(3):210 - 9.



## CO11 CRECIMIENTO Y MADURACIÓN SEXUAL EN UN ESTUDIO ABIERTO DE DOS AÑOS SOBRE LISDEXANFETAMINA DIMESILATO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TDAH

*Coghill David R, Hernández Otero Isabel, Johnson Mats Gillberg, Nagy Peter, Soutullo César A, Zudda Alessandro, Yan Brian, Banaschewski Tobías*

*Departments of Paediatrics and Psychiatry, Faculty of Medicine, Dentistry and Health Sciences, University of Melbourne; Unit of Child and Adolescent Mental Health (USMLJ), University Hospital Virgen de la Victoria – Maritime Hospital; Neuropsychiatry Centre, Sahlgrenska Academy, Gothenburg University; Vadaskert Child and Adolescent Psychiatry Hospital and Outpatient Clinic; Child and Adolescent Psychiatry Unit, Department of Psychiatry and Medical Psychology, University of Navarra Clinic; Child and Adolescent Neuropsychiatric Unit, Department of Biomedical Science, University of Cagliari; Shire; Department of Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy, Central Institute of Mental Health, Medical Faculty Mannheim, University of Heidelberg*

**Introducción:** La EMA recomienda que los estudios a largo plazo con medicamentos para TDAH deberían incluir la evaluación del crecimiento y la maduración sexual.<sup>1</sup> Evaluamos estos criterios de valoración en un estudio de dos años sobre la seguridad de lisdexanfetamina dimesilato (LDX) en niños y adolescentes con TDAH.

**Materiales y métodos:** Los participantes (6–17 años) recibieron LDX (30–70mg/día) de manera abierta durante 104 semanas. Se derivaron las puntuaciones z relativas a peso, altura e índice de masa corporal (IMC) con el uso de las normas de los CDC. Se evaluó la maduración sexual con el uso de la escala de Tanner.

**Resultados:** De los 314 participantes inscritos, 191 (60,8%) finalizaron el estudio. La media de las puntuaciones z al inicio y la última valoración del tratamiento (LOTA) fueron 0,53 (desviación estándar [DE], 0,963) y 0,02 (1,032) para peso, 0,61 (1,124) y 0,37 (1,131) para altura, y 0,32 (0,935) y –0,27 (1,052) para IMC. Durante el primer año, las puntuaciones z para

peso, altura e IMC se redujeron antes de estabilizarse en el segundo año. Al momento de la LOTA, 46,6% de los varones y 37,1% de las mujeres entre 6 y 12 años, y 46,4% de los varones y 60,7% de las mujeres entre 13 y 17 años continuaron en su estadio inicial Tanner en lo que respecta a desarrollo capilar, y 47,2% de los varones y 45,7% de las mujeres entre 6 y 12 años y 49,4% de los varones y 75,0% de las mujeres entre 13 y 17 años en lo que respecta a desarrollo genital o mamario. Al momento de la LOTA, 50,3% de los varones y 57,1% de las mujeres entre 6 y 12 años, y 46,4% de los varones y 28,6% de las mujeres entre 13 y 17 años pasaron a un estadio superior Tanner en lo que respecta a desarrollo capilar, y 48,4% de los varones y 54,3% de las mujeres entre 6 y 12 años y 43,4% de los varones y 21,4% de las mujeres entre 13 y 17 años en lo que respecta a desarrollo genital o mamario.

**Conclusiones:** No se observaron tendencias clínicas preocupantes en lo que respecta al crecimiento, maduración sexual o inicio de la pubertad en este estudio de dos años.

## BIBLIOGRAFÍA

1. European Medicines Agency, 2011; CHMP/EWP/431734/2008

El estudio fue financiado por Shire Development LLC.

## CO12 UNIDAD DE ABORDAJE INTENSIVO Y RECUPERACIÓN (AIRE) PARA ADOLESCENTES: UN NUEVO DISPOSITIVO GRUPAL

*García de la Iglesia Celia, Ribes Víctor, Fernández Esther, Roca Ares, Foguet Jordi  
CSMIJ Prat de Llobregat*

**Introducción:** El programa AIRE (Atención Intensiva y Recuperación) surge en un contexto de atención especializada ambulatoria (Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil- CSMIJ) en El Prat de Llobregat, buscando una atención más intensiva y accesible para adolescentes de elevada vulnerabilidad. Este estudio describe el programa y analiza los primeros resultados.



**Material y métodos:** Se incluyen diagnósticos heterogéneos: afectivos, ansiedad, conducta alimentaria, personalidad, trastornos psicóticos y de espectro del autismo de elevado funcionamiento. Se excluyen consumo de tóxicos como diagnóstico principal, conductas heteroagresivas, riesgo grave de autolisis y déficits sensoriales y cognitivos severos (CI<70).

El equipo incluye un educador, un trabajador social, un enfermero, un psicólogo clínico y un psiquiatra. Se trata de grupos abiertos, de dos sesiones semanales de 90 minutos y de un grupo psicoeducativo de padres, quincenal.

El contenido de los talleres incluye el trabajo en habilidades sociales, talleres diversos e intervención de enfermería para actividades de expresión corporal, Mindfulness y relajación muscular progresiva de Jacobsen.

**Resultados:** Tras 18 meses de intervención (enero 2016-junio 2017) se atienden 40 adolescentes, entre los 12 y 17 años (12 varones y 28 mujeres). 8 adolescentes tenían diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad (20% sobre el total), 20 con diagnósticos de la esfera afectiva y/o ansiosa (50%), 3 Trastornos de Conducta (7%) y 9 con Trastorno del Espectro del Autismo/Psicosis (23%). La duración de la intervención ha variado, siendo la estancia media de 24 semanas. En 7 de los casos se dio el alta clínica, en otros 18 casos se ha podido regresar al seguimiento ambulatorio habiéndose resuelto la situación de riesgo. 5 de los casos fueron derivados a Hospital de Día de Adolescentes. En junio 6 de ellos continuaban tratamiento dentro del programa. Únicamente un paciente fue derivado a unidad de hospitalización.

**Conclusiones:** El programa AIRE constituye un programa de intervención ambulatoria intensivo de alta accesibilidad con función de mejorar la vinculación al servicio de los adolescentes y las familias. Se observa disminución de ingresos en dispositivos de hospitalización total y parcial a pesar de la gravedad de los diagnósticos, ofreciendo un espacio de contención. Todavía no hay datos sobre la mejoría de la psicopatología a medio-largo plazo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Eila Laukkanen, Jukka J Hintikka, Jari Kylmä, Virve Kekkonen, Mauri Marttunen. A brief

intervention is sufficient for many adolescents seeking help from low threshold adolescent psychiatric services. BMC Health Serv Res. 2010; 10: 261.

## CO13 SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS MENORES EN PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS

*Casanovas Marta, Tor Jordina, Dolz Montse  
Hospital Sant Joan de Deu*

**Introducción:** En las últimas décadas, la evaluación de los síntomas neurológicos suaves en pacientes con psicosis se ha convertido en un tema de creciente interés.

### Objetivos

1. Comparar las puntuaciones en la escala NES y sus subescalas, así como el número de síntomas neurológicos suaves, entre pacientes y controles en el baseline.
2. Evaluar si existe relación entre la presencia de síntomas neurológicos suaves y la edad de inicio de la psicosis, retraso en el neurodesarrollo y el tipo de psicosis (a los 12 meses).
3. Valorar la estabilidad de los síntomas neurológicos suaves un año después tras el inicio de la clínica psicótica.

**Método:** 90 pacientes y 76 controles. Se realiza el seguimiento durante un año de los pacientes. Se recogieron variables demográficas y clínicas. Se administraron la escala NES, la escala SCID-I.

**Análisis:** Se realizaron pruebas de análisis univariante y multivariante. Para evaluar la Normalidad de las distribuciones, se realizaron histogramas y la prueba de Shapiro-wilk.

Los análisis se realizaron con el programa Stata 13.

### Resultados

- Los pacientes tienen mayores puntuaciones en la escala NES y en todas sus diferentes subescalas que los controles ( $p<0.001$ ).
- Los pacientes que han tenido retraso en el neurodesarrollo tienen puntuaciones significativamente mayores en la Motor



Coordination Subscale de la escala NES que los pacientes que tienen un neurodesarrollo normal (Coef=1.03, 95 CI% 0.12-1.94, P=0.027). No se observa relación con el resto de subescalas y la escala NES global.

- No se observa relación entre la edad de inicio de la psicosis, tipo de psicosis al año y las puntuaciones en la escala NES y en sus diferentes subescalas.
- Las puntuaciones en la escala NES (TotalNES, mean=18.6, SD=8.9; TotalNES\_12m, mean=14.1, SD=7.8;  $p<0.001$ ), la subescala de integración sensorial (Wilcoxon,  $p=0.006$ ) y el número de síntomas neurológicos suaves (NumNSS, mean=5.5, SD=4; NumNSS\_12m, mean=4.1, SD=3.3;  $p=0.01$ ) disminuyen significativamente tras 1 año de seguimiento en el grupo de pacientes. No se observan cambios significativos en la subescala de coordinación motora, ni en la subescala de secuenciación de actos motores complejos.

**Conclusiones:** Los pacientes con un primer episodio psicótico tienen más síntomas neurológicos suaves que los controles.

En nuestra muestra de pacientes con un primer episodio psicótico, el retraso en el neurodesarrollo está relacionado con déficits en síntomas neurológicos suaves relacionados con la coordinación motora.

Algunos síntomas neurológicos suaves se atenuan con el tiempo.

### CO14 REALIDAD VIRTUAL (RV) COMO ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN INNOVADORA: MINDFULNESS MEDIANTE RV EN NIÑOS CON TDAH

Huguet Anna, Alda José A  
Hospital Sant Joan de Déu

**Introducción:** Existe evidencia de la eficacia del mindfulness para el TDAH, mejorando los síntomas nucleares y los déficits neurocognitivos asociados de atención e inhibición (Cairncross y Miller, 2016; Huguet et al., 2017). Sin embargo, escasos estudios con rigor metodológico han evaluado el impacto de esta

intervención en niños (O'Leary, O'Neill y Dockray, 2015). Además hay un creciente interés por la implementación de terapias con herramientas innovadoras como las basadas en realidad virtual (RV). La experiencia virtual es capaz de generar en la persona las mismas reacciones, sensaciones y emociones, que las que experimenta en una situación similar en el mundo real, facilitando el desarrollo del pensamiento operacional y formal (Gutiérrez, 2002; Modrego et al., 2016).

**Objetivo:** Conocer el efecto sobre los síntomas nucleares, las funciones ejecutivas y el eje HPA de un programa de intervención basado en mindfulness mediante RV en niños diagnosticados recientemente de TDAH y sin tratamiento previo (naïve) versus un programa de mindfulness estándar.

**Material y Métodos** Estudio con diseño experimental, de tipo prospectivo. Muestra configurada por 54 pacientes con TDAH naïve, de 7 a 12 años randomizados en 3 grupos. Un grupo (n=18) recibe mindfulness grupal mediante RV utilizando la App diseñada por PSIOUS, un grupo (n=18) recibe mindfulness grupal y un grupo control (n=18). Los grupos de mindfulness tienen una duración de 2 meses, 1 sesión semanal de 75 minutos y tareas para casa. Los síntomas nucleares del TDAH y las funciones ejecutivas son evaluados mediante cuestionarios e instrumentos psicométricamente validados. A todos los pacientes se les aplicará un análisis test-retest.

**Resultados** Los grupos de intervención han empezado en Enero 2018, en el congreso se presentan los resultados preliminares del estudio (Premio AEPNYA 2017). El estudio cuenta también con el soporte y colaboración de PSIOUS y VODAFONE. Por un lado se espera conocer la eficacia del mindfulness para el tratamiento de niños con TDAH, pudiendo ser una alternativa terapéutica y por otro se espera conocer si existen diferencias entre la efectividad de ambas modalidades de intervención en la disminución de los síntomas nucleares y en el funcionamiento ejecutivo.

**Conclusiones** Los resultados del estudio añaden nuevas alternativas no farmacológicas de intervención, contribuyendo al avance del tratamiento para niños con TDAH.



**CO15**  
**THE RELATIONSHIP OF PARENTAL EXPRESSED EMOTION TO CO-OCCURRING PSYCHOPATHOLOGY IN ADOLESCENT WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER.**

*Romero González Marina, Chandler Susie, White Pippa, Yorke Isabel, Carter-Leno Virginia, Charman Tony, Simonoff Emily*  
*King College London*

Autism spectrum disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder that affects social, communication and behavioural development. ASD is also associated with high rates of co-occurring psychiatric disorders. In an effort to identify characteristics of the family environment that may influence the course of co-occurring psychiatric disorders in children with ASD, researchers have explored the phenomenon of expressed emotion (EE). EE is a construct of the affective relationship between two people, with domains characterized by criticism (CC), warmth (WAR), relationship and emotional over-involvement (EOI). The current study explored the cross-sectional association between EE in families of adolescent with ASD and its association with co-occurring psychiatric disorders. It was found that high levels of EE and/or CC have unfavourable effects on the mental health of adolescents with ASD, predominantly in behavioural problems and hyperactivity symptoms. However, the construct of EE has only recently been applied to families of adolescents with ASD and more longitudinal research is needed to fully understand the nature of EE and the effect on co-occurring psychopathology in this population.

**CO16**  
**SAND PLAY THERAPY: UN NUEVO MODELO DE INTERVENCIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DEL CSMIJ DE L'HOSPITALET DE LLOBREGAT**

*Gori Ilenia(1), Ribes Carreño Victor(1), Balcels i Forrellad Montse(1), Ribalta Torrades Teresa(2)*  
*CSMIJ L Hospitalet de llobregat Barcelona(1); CSMIJ Sant Boi Barcelona(2)*

**Introducción :** La Sand Play Therapy es un método de psicoterapia analítica que utiliza los recursos creativos del individuo, integrando el trabajo verbal con la producción de imágenes en cajas de arena que permiten el contacto y elaborar temas conflictivos a nivel simbólico. En el 1985, fue fundado l'I.S.S.T para establecer las normas del Juego de la arena y promover la investigación sobre el mismo. Actualmente no existe a nivel nacional una implantación de este modelo, poderle dar espacio en España nos permitirá implementar un nuevo abordaje terapéutico y diagnóstico.

**Material y Método:** La técnica utiliza una caja que contiene arena y objetos. El paciente expresa los contenidos de su vida y con centenares de objetos que representan el mundo real o la fantasía, con el fin de crear libremente una historia. La misma versatilidad de arena (seca o húmeda, fina o compacta) insta a que activen emociones, recuerdos y creatividad. La bandeja de arena es un espacio libre y protegido, de donde surge un proceso de transformación psíquica mientras el terapeuta facilita la confrontación fomentando la integración psíquica.

**Resultados:** El objetivo es mostrar un proceso diagnóstico y pronóstico en un caso neuropsiquiátrico con Sd. de George con Tr. Lenguaje expresivo, Tr. Aprendizaje mixto, marcada desinhibición, impulsividad y conductas desafiantes, sobre una base de trastorno de vínculo primario. A través de un lenguaje no verbal, la intervención ha permitido representar el mundo interior del niño. Tras la primera fase se produce una mejoría de las conductas provocadoras y de la inquietud, observándose también a nivel escolar donde mejora la irritabilidad y las explosiones de ira, pudiendo integrar su conducta con el lenguaje y mejorando la intención comunicativa.

**Conclusión:** El juego de arena permite hacer un proceso de diagnosis, prognosis y tratamiento con un abordaje integral, gracias a la capacidad de hacer frente a los conflictos internos y gracias a los recursos psíquicos que activa, valorando los mecanismos de defensas y el estado psíquico durante el proceso de cura. Está indicado en todas las situaciones donde la comunicación verbal puede ser difícil, desde Tr. Afectivos, de conducta, a psicosis y autismo. Este nuevo modelo de intervención desde el CSMIJ permite una mejor atención a la demanda en pacientes de complejo abordaje, mejorando



138

la precisión del diagnóstico e intervención, así como facilitando la optimización de recursos.

## BIBLIOGRAFIA

A. Turner B. (2005) The Handbook of Sand Play Therapy. Tenemos Press USA.

## CO17

### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS INGRESOS EN LA UNIDAD DE CRISIS DE ADOLESCENTES ENTRE 2006 Y 2017.

*Sanjurjo Ocarranza Iria; Balcells Font Ester  
Institut Pere Mata*

**Introducción:** en esta comunicación se pretende aportar una breve descripción y algunas reflexiones sobre los cambios epidemiológicos y la evolución caracterial en los ingresos en la unidad de crisis de adolescentes del Institut Pere Mata desde la fecha de su instauración hasta la actualidad.

**Material y métodos:** estudio retrospectivo descriptivo observacional de corte transversal en el que se incluyó a todos los pacientes ingresados entre 2006 y 2017. Se describen cambios en la procedencia, duración del ingreso, edad, género y diagnóstico al alta.

**Resultados:** se observa un incremento significativo del total de ingresos de 59 a 121 entre el año de apertura y la actual. Se presenta un incremento progresivo en el porcentaje de ingresos programados frente a los urgentes pasando de un 47% de ingresos programados en 2006 al 72% en 2015. Referente a la media de días de ingreso se observa una tendencia descendente con el paso de los años, oscilando entre los 50,54 y 37,24 días los primeros 6 años y llegando a la media de 26 días en el 2017. Analizando la edad media de los pacientes ingresados nos encontramos con una tendencia que desciende desde los 15'5 años en 2006 a los 14'2 años en 2017. Paralelamente también se aprecia un cambio en el género de los pacientes ingresados, iniciando con una paridad entre géneros hasta el 2013 en que inicia el predominio femenino hasta alcanzar un 69% de la totalidad de ingresos el 2015, descendiendo hasta un 60% en el 2017. Aparece un cambio en el diagnóstico al

alta entre 2010 y 2017 con un incremento TEA (de 0% a 13,4%) y un descenso de T. Psicótico (de 21'9% a 6'9%). Se observa un pico máximo del 28,9% de Características Desadaptativas de Personalidad en el año 2015.

**Conclusiones:** se observan cambios en las variables observadas entre el período temporal estudiado, duplicándose el número de ingresos, una reducción de ingresos procedentes de urgencias y una disminución de la estancia media. La tendencia de cambio de los pacientes ingresados indica una mayor presencia femenina en la unidad y una edad progresivamente más temprana, así como un cambio en el diagnóstico.

## CO18

### EFICACIA CLÍNICA DE LOS GRUPOS DE INTERVENCIÓN INICIAL BREVE EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

*Ribes Víctor(1), Reyes Noeli(2), González Luisa María(1), Rifà María Dolors(1), Romero Mari Paz(1), Balcells Montserrat(1)  
CSMIJ el Prat(1); CSMIJ Hospitalet(2)*

**Introducción:** Los grupos de intervención inicial breve (GIIB) son una propuesta terapéutica que el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Hospitalet (CSMIJ) ofrece a las familias que consultan por conflictos psico-evolutivos o clínica adaptativa leve-moderada y que puede ser tratada a través de una intervención grupal de corta duración.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia clínica de los GIIB y comparar las variables sociodemográficas y clínicas entre los distintos grupos realizados.

**Material y Métodos:** Se realizaron un total de 6 grupos paralelos entre octubre del 2016 y marzo del 2017 de niños y padres, de edades entre 4-7 años, 8-11 años y 12-14 años, habiendo un máximo 8 y un mínimo de 4 niños por grupo. La derivación la realiza el clínico que atiende la primera visita en el CSMIJ. Los criterios de inclusión son diagnósticos orientativos iniciales no TMG, no antecedente de tratamiento anterior en CSMIJ y no sospecha de retraso mental. Se llevan a cabo una visita



pre-grupo, un total de 6 sesiones grupales semanales y una sesión final de devolución individual. La metodología empleada es a través de la mentalización, observación clínica, confrontación, clarificación, transferencia y dinámica de grupos.

**Resultados:** Se incluyeron en el estudio un total de 94 niños/as, de los cuales 68.1% eran de sexo masculino y 31.9% femenino. Tras el GIIB se consiguió dar el alta clínica a 60 familias (63,8%), 9 (9,6%) abandonaron el seguimiento y 25 (26,6%) siguen en activo en el CSMIJ. El 68,1% de los pacientes recibieron diagnóstico de trastorno de conducta, 11,7% trastorno del vínculo, 6,38% trastorno de ansiedad y 6,38% trastorno adaptativo. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las variables socio-demográficas, diagnóstico principal y tiempo de estancia en el CSMIJ. Tampoco se encontraron diferencias entre el tipo de diagnóstico y los pacientes desvinculados. Mayoritariamente el tiempo de seguimiento se sitúa entre 6-12 meses, por debajo de la media de la población clínica atendida. Asimismo el porcentaje de pacientes desvinculados también resultó por debajo de la media (14%) del resto de procesos asistenciales.

**Conclusiones:** Los grupos de intervención inicial breve reúnen tanto la eficacia clínica como la eficiencia en la gestión de la presión asistencial. Habiendo una mayoría de diagnósticos de trastornos de conducta, los GIIB permiten determinar el alta clínica o bien un plan terapéutico focalizado posterior al tratamiento, así como fomentar la demanda familiar y la vinculación al servicio.

### **CO19 PROGRAMA PILOTO DE INTERVENCIÓN EN HABILIDADES SOCIALES PARA ADOLESCENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA.**

*Díaz-Caneja Greciano M<sup>a</sup> Ángeles, Cardelle Pérez Federico, Aniorte Daniel, Toral Mabel  
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil Cartagena*

El Programa PEERS (Program for the Education and Enrichment of Relational Skills) es una intervención de 16 semanas para desarrollar las habilidades sociales

en adolescentes con Trastorno del Espectro Autista que están interesados en hacer y mantener amistades. Durante las sesiones del grupo se enseñan habilidades sociales y los adolescentes tienen la oportunidad de practicar estas habilidades durante las sesiones: Entre las sesiones del grupo deben de hacer tareas donde deben poner en práctica lo aprendido en la sesión. También se trabaja con los padres de forma paralela quienes actúan como mediadores con sus hijos. Se han llevado a cabo varios estudios donde muestran mejoría en la sintomatología del TEA y en el desarrollo de las habilidades sociales. En nuestra unidad hemos llevado a cabo dos grupos de adolescentes con diagnóstico de TEA agrupados por edades (12-14 años; 14-17 años) de forma quincenal. En cada grupo hay máximo 10 adolescentes con la supervisión de una terapeuta ocupacional y una psiquiatra y una auxiliar de enfermería. AL mismo tiempo los padres participan en un grupo paralelo donde se trabaja el mismo contenido. Este grupo es llevado a cabo por un psicólogo clínico y un psiquiatra. Se han recogido datos sociodemográficos y clínicos (CBCL, SCQ, EHS, CGAS) al inicio y se pretende comparar al final del programa. Durante estas primeras sesiones se ha observado que la participación de los padres es importante para mantener la motivación de los adolescentes. En todos los adolescentes excepto 3, las habilidades sociales parecen haber mejorado a nivel subjetivo. Se presentan los datos obtenidos al inicio y al final del programa. Las limitaciones de este programa es que no está disponible en castellano. Los terapeutas no han realizado la formación del programa PEERS.

### **CO20 FENOMENOLOGÍA Y ESTABILIDAD DIAGNÓSTICA EN UNA MUESTRA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO BIPOLAR PEDIÁTRICO**

*Díez Suárez Azucena, Ribeiro Fernández María, Soutullo Esperón César*

*Unidad de Psiquiatría Infantil. Departamento de Psiquiatría. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona*

**Antecedentes:** todavía existe discusión sobre la prevalencia, características clínicas y estabilidad diagnóstica a lo largo del tiempo del trastorno bipolar (TB) en niños y adolescentes. Hasta el momento no se han



publicado datos acerca de la estabilidad en el diagnóstico de niños y adolescentes en muestras españolas.

**Objetivos:** describir las características clínicas y la evolución de una muestra de niños y adolescentes con TB durante un periodo de seguimiento hasta 15 años. Evaluar la estabilidad del diagnóstico inicial de TB a lo largo de este periodo.

**Métodos:** Revisamos las historias clínicas de todos los pacientes con un diagnóstico principal de TB (DSM-IV) en la Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente de la Clínica Universidad de Navarra durante un período de 15 años. Usamos una entrevista K-SADS-PL para la recopilación de datos clínicos. Evaluamos la estabilidad del diagnóstico y la sintomatología preponderante para el subtipo TB.

**Resultados:** los pacientes tuvieron un período medio de seguimiento de 3.86 años (p25-p75 1.76-6.04), con una media de 4.56 años (SD 3.5). El 50% mostró un retraso desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico de al menos 2 años (p25-p75 1.22-4.85), y cuatro meses de retraso desde su primera evaluación psiquiátrica hasta el diagnóstico (p25-p75 0-0.97). En el primer diagnóstico, 37.5% tenían TB tipo I (TB-I), 8.3% TB-II y 54.2% TB no especificado (TB-NE). En el seguimiento, 62.5% tenían TB-I, 8.3% TB-II y 23.6% TB-NE, y solo 4.2% estaban completamente recuperados y no cumplían con los criterios para TB. Dos pacientes (2,78%) se suicidaron durante el período de seguimiento.

**Conclusión:** el 95% de la muestra retuvo el diagnóstico después del periodo de seguimiento. Los pacientes con TB-I conservaron el diagnóstico, y aproximadamente la mitad de los pacientes con TB-NE inicial desarrollaron TB-I en el seguimiento.

## CO21 ANÁLISIS DE LA VIOLENCIA ESCOLAR DESDE LA PERSPECTIVA DE LA NEUROMETRÍA EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA Y DE LA PERSONALIDAD

Aguilar Domingo Moisés, Sánchez Pedroche Alberto  
Universidad de Elche; UIB, UOC

**Introducción.** Las personas con diferentes trastornos de conducta y de la personalidad, como Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA-H) y Trastorno de Espectro Autista (TEA) asociado al Síndrome de Asperger (SA) suponen un colectivo susceptible de sufrir un fenómeno que preocupa a toda la comunidad educativa: el acoso escolar, también conocido como bullying (Olweus, 2004). ¿Por qué esta población? De acuerdo con el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), esta población presenta dificultades para alternar actividades y carencia de flexibilidad; inflexibilidad del comportamiento que se puede dar en uno o más contextos de desarrollo (incluido el escolar) y problemas de organización y planificación.

Todas éstas le ocasionan una falta de autonomía social y, como consecuencia, pueden quedar expuestos de manera repetitiva a acciones negativas por parte de otros estudiantes Little (2002).

Además, las personas con Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD), trastornos afectivos y alimentarios, como la obesidad en sus diferentes grados, son grupos sensibles de padecer acoso Valverde (2016).

**Objetivos.** De esta manera, para poder abordar esta preocupante situación, es preciso detectar y evaluar las conductas que presentan estos pacientes, desde un punto de vista neurométrico y neuropsicológico, y verificar qué dominios que trascienden el análisis de la violencia o las agresiones en las instituciones educativas.

De esta manera, podremos verificar posteriormente qué aspectos concretos están relacionados con la convivencia escolar entre estudiantes, profesores y otros profesionales de la comunidad educativa.

**Material, Métodos y Muestra.** Para abordar este objeto de estudio han participado 36 pacientes objeto de bullying constatado de los que acudían a diferentes consultas médicas asociadas a SolidBrain España SL con otras comorbilidades: TDAH y otros trastornos del aprendizaje: 27 %, SA 10 %, TEA asociado a autismo de Kanner 7 %; 8 % TGD; Obesidad 18 %; Trastornos de conducta 11 % y 19% Trastornos afectivos.

El 54 % de la muestra son varones y el 46 % restante son mujeres; la edad de ésta comprendida entre 13 y 17 años.

A todos los participantes se realizaron QEEG, también denominado como Electroencefalografía Cuantitativa, y ERPs en paradigma GO/NOGO además de cumplimentar



la escala “California School Climate and Safety Survey” (CSCSS). Éste supone un instrumento de 15 ítems desarrollado por Rebelez y Furlong (2013) que incluye dominios evalúa las percepciones de los estudiantes sobre cuatro dominios: Conductas inseguras, clima escolar, condiciones de inseguridad y bullying.

**Resultados.** Encontramos en todas las condiciones independientemente de la comorbilidad. También detectamos: Asimetría F8>F7: biomarcadores de problemas afectivos, bajo estado de ánimo y disregulación emocional.

Además se verifica una disminución de onda P3b de forma muy significativa después de los primeros 200 ms, neuromarcador de importante labilidad emocional y excelente respuesta al tratamiento farmacológico.

Por último, se observa un aumento para latencias tardías de P3a; hecho que confirma altos niveles de ansiedad.

**Conclusiones.** Se confirma que aquellos pacientes que presentan los trastornos de conducta y de personalidad que hemos citado con anterioridad se comportan como un síndrome de estrés postraumático independientemente de otras patologías de base con ansiedad y/o depresión.

Tampoco se descarta aplicar en futuros proyectos otras escalas complementarias como la de Hamilton para evaluar otros trastornos secundarios como la depresión de acuerdo con otras investigaciones (Javanbakht; 2011).

## CO22

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

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



142

### CO23 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y OBESIDAD EN MUJERES ADOLESCENTES CON TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Díez Suárez Azucena, Vallejo Valdivielso María, Martínez Gárate Irene, DeCastro Manglano María Pilar, Soutullo Esperón César

Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente.  
Departamento de Psiquiatría. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona

**Introducción:** la comorbilidad entre el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) está presente en aproximadamente en 2-12% de los casos. La prevalencia de obesidad esta aumentada un 40% en niños y adolescentes con TDAH.

**Objetivo:** estudiar la presencia de síntomas de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en una muestra de adolescentes diagnosticadas de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), así como la frecuencia de obesidad.

**Métodos:** estudio observacional longitudinal, en el que se realiza una revisión de historias clínicas de pacientes mujeres adolescentes (12-18 años) con un diagnóstico de

TDAH según criterios DSM-IV, en los años 1999-2016. Se realiza una búsqueda de síntomas sugestivos de TCA, así como descripción de los parámetros antropométricos, en dos momentos: al diagnóstico de TDAH y en la última revisión.

**Resultados:** se incluyen 198 pacientes con una edad media 12.3 (2.8) años en el momento del diagnóstico, con un tiempo de seguimiento 3.48 (3.02) años. 49.5% de los casos (98 pacientes) presentaban al menos un síntoma de TCA. Habían recibido diagnóstico de TCA 3 pacientes (una bulimia, un trastorno por atracones y una pica). 14 pacientes se encontraban en rango de obesidad en el momento del diagnóstico. 14 (7,07%) pacientes recibían tratamiento con psicoterapia y 184 (92,92%) farmacológico (157 (85,32%) Metilfenidato y 15 (8,15%) Atomoxetina. El síntoma más frecuente fue “preocupación por la figura” (17.2%), seguido de hiperfagia ansiosa (14.6%). El 5% presentaban atracones. 22.3% presentan sobrepeso u obesidad (15.2 sobrepeso y 7.1 % obesidad) en el momento del diagnóstico, antes del tratamiento, cifra que desciende a 10.6% (7.1% sobrepeso y 3.5% obesidad) en la última revisión ( $p < 0.001$ ).

**Conclusiones:** en la muestra estudiada las adolescentes con TDAH presentan síntomas de TCA en casi la mitad de los casos, y obesidad, que mejora a lo largo del tiempo con el tratamiento con estimulantes. Son necesarios más estudios para profundizar en este asunto.



## PÓSTERS

### P1 DESCRIPCIÓN DE UNA MUESTRA DE HIJOS DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL SEVERO

*Esplugas Frigola Núria; Estrada Coma Francesc; González Gimeno Inés; Pàmias Massana Montserrat*  
CSMIJ, Hospital Parc Taulí Sabadell; CSMIJ, Hospital Parc Taulí Sabadell; CDIAP, Hospital Parc Taulí Sabadell; CSMIJ, Hospital Parc Taulí Sabadell

**Introducción:** Los hijos de padres afectados de un trastorno mental severo (TMS) tienen un riesgo aumentado de afectación de la calidad de vida y de padecer una enfermedad mental (1). Recientemente, diversos grupos están trabajando en diseñar programas de detección e intervención preventiva precoz en etapas iniciales del desarrollo de los hijos de padres afectados de TMS (2, 3). Estos programas se centran en las "Familias de Riesgo", que son aquellas con antecedentes familiares de TMS y presencia de déficits en el neurodesarrollo de los hijos en etapas iniciales (4).

**Material y métodos** Nuestro objetivo es la recogida y descripción de la población diana: hijos de personas con TMS que han consultado, durante dos años, nuestro Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (CDIAP) por alteraciones del neurodesarrollo. Se realizó una evaluación clínica y psicométrica de los sujetos. Las herramientas psicométricas que se utilizaron son el Bayley III, CBCL, CGAS, FQ, K-SADS y ADOS.

**Resultados** Nuestra muestra consta de 12 pacientes (25% niñas). Entre los diagnósticos de familiar de primer grado destacan: 42% trastorno bipolar, 25% esquizofrenia y 25% Trastorno Depresivo Mayor. Los motivos de consulta fueron alteraciones en el lenguaje (58.3%), dificultades en la comunicación y las relaciones interpersonales (25%) y otras causas (16.7%). Después de la evaluación clínica y psicométrica, se diagnosticó Trastorno del Espectro Autista (TEA) en un 41.7% de

los casos, Trastorno del Lenguaje en 33.3%, TDAH en 8.3% y un 8.3% otros. Después de administrar el test Bayley III, un 16.7% de los pacientes se reportaron como Discapacidad intelectual leve, un 25% en el umbral normal-bajo y un 58.88% tenían un rendimiento intelectual normal.

**Conclusiones** En nuestra muestra, los hijos de padres afectados de TMS que consultan el CDIAP presentan principalmente el diagnóstico de TEA y Trastorno del lenguaje. En base a estos resultados, pensamos que la creación de un programa de atención precoz para fortalecer el tratamiento habitual en estos pacientes podría mejorar la calidad de vida y prevenir el desarrollo de un TMS en esta población de riesgo. De esta forma, se ofrecería psicoeducación y técnicas cognitivo-conductuales en formato grupal para padres, así como entrenamiento en habilidades sociales y gestión emocional en los niños.

### BIBLIOGRAFIA

1. Seidman LJ, Nordentoft M. New targets for prevention of schizophrenia: is it time for interventions in the premorbid phase? *Shizophrenia Bulletin* 2015; 41,4:795-800.

### P2 CORRELATOS NEUROPSICOLÓGICOS Y SÍNTOMAS TEMPO COGNITIVO LENTO EN UNA MUESTRA DE NIÑOS ESCOLARES DE PRIMARIA

*Camprodón Rosanas Ester; Batlle Santiago; Álvarez-Pedrerol Mar; Ribas-Fitó Núria; Estrada Xavier; Persavento Cecilia; Dolz Montserrat; Sunyer Jordi; Fornés Joan*

*Servei de Psiquiatria i Psicologia. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues (BCN); CSMIJ Sant Martí i La Mina. Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD). Parc de Salut Mar. Hospital del Mar; ISGGlobal Barcelona; Hospital de Dia Corsega. CPB; CSMIJ Sant Martí i La Mina. Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD).*



*Parc de Salut Mar. Hospital del Mar; ISGGlobal Barcelona; Servei de Psiquiatria i Psicologia. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues (BCN); ISGGlobal Barcelona; ISGGlobal Barcelona*

**Introducción:** Existen pocos datos en relación a los procesos cognitivos y neuropsicológicos implicados en los síntomas tiempo cognitivo lento (TCL). En un meta-análisis reciente (Becker et al., 2016), se han hallado asociaciones entre los síntomas TCL y puntuaciones más bajas en los test de inteligencia general, inhibición de respuesta, memoria de trabajo, velocidad de procesamiento y atención sostenida. Uno de los debates abiertos en relación al SCT se centra en si se puede considerar un nuevo trastorno atencional o bien enmarcarlo como un constructo transdiagnóstico. El objetivo de este estudio es determinar la asociación entre la memoria de trabajo y las redes atencionales y los síntomas TCL en una muestra de niños escolares de primaria.

**Método:** Niños de edades entre los 7-10 años, provenientes de escuelas catalanas que forman parte del proyecto BREATHE (BRain dEvelopment and Air polluTion ultrafine particles in scHool childrEn). Los participantes completaron una tarea de memoria de trabajo (n-back) y una tarea de redes de atención (ANT). Los padres completaron la escala TCL-CBCL (Child Behavior Checklist) y un cuestionario sobre variables sociodemográficas. Los maestros proporcionaron información sobre los síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y determinantes de aprendizaje (síntomas de dislexia y rendimiento académico).

**Resultados:** los síntomas TCL se correlacionaron con las puntuaciones más bajas en ambos n-back y ANT. En los análisis de regresión multivariada, los síntomas TCL se asociaron de forma significativa con tiempos de reacción más lentos (ANT) Coef = 20.99 [3.22, 38.76] ( $p < 0.05$ ). Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que los síntomas TCL se asocian con un perfil neuropsicológico diferente del perfil clásico de TDAH caracterizado por unos tiempo de reacción más lentos.

### P3 COMPORTAMIENTO DE LA ESCALA COMPUESTA DE MATUTINIDAD RESPECTO A LAS DIMENSIONES PSICOPATOLÓGICAS EN UNA MUESTRA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

*Estrada Prat Xavier; Álvarez Guerrico Ion; Batlle Vila Santiago; Camprodon Rosanas Ester; Martín López Luis Miguel; Pérez Solà Víctor; Romero Cela Soledad*  
*Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD), Parc de Salut Mar; Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) Sant Martí-La Mina, Barcelona; Departament de Neurologia i Neurofisiologia Clínica (Unitat del Son), Hospital del Mar; Parc de Salut Mar, Barcelona; Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD), Parc de Salut Mar; Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) Sant Martí-La Mina, Barcelona; Servei de Psiquiatria i Psicologia. Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, Esplugues de Llobregat, Barcelona; INAD, Parc de Salut Mar; CSMIJ Ciutat Vella, Barcelona; INAD, Hospital del Mar; Parc de Salut Mar, Barcelona; Servei de Psiquiatria i Psicologia Infantil i Juvenil, Hospital Clínic i Provincial, Barcelona*

**Introducción:** En un trabajo previo, no detectamos diferencias significativas en la distribución de las puntuaciones medias de la escala Composite Scale of Morningness (CSM) entre los grupos bipolar (TBP) y Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad sin comorbilidad ( $p = 0.633$ ). Objetivo: explorar las dimensiones psicopatológicas en función del cronotipo.

**Método:** Participantes: 30 niños y adolescentes (7 niñas) diagnosticados de distintos trastornos mentales (20 TDAH) reclutados ambulatoriamente; edad entre 7-17 años ( $M = 12.23$ ;  $DE = 2.95$ ). Procedimiento: 1. Valoración cronotipo: CSM y 2. Valoración psicopatológica: Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime version (K-SADS-PL), Child Depression Inventory (CDI), Child Mania Rating Scale (CMRS) y Children's Manifest Anxiety Scale (CMAS-R). Análisis: Realización de los descriptivos de la muestra. Se procedió al análisis de comparación de medianas (U de Mann-Whitney) y se estudiaron los



resultados significativos ( $p < 0.05$ ).

**Resultados:** No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en la distribución de las puntuaciones medias de las escalas CDI, CMRS y CMAS-R entre los grupos cronotipo vespertino y medio ( $p = 0.065$ ,  $p = 0.627$  y  $p = 0.666$  respectivamente). Ningún sujeto de la muestra presentó un cronotipo matutino. Tampoco se detectó correlación alguna entre las puntuaciones de la escala CSM y las puntuaciones de las escalas CMRS y CMAS-R aunque sí con la escala CDI ( $p = 0.011$ ).

**Conclusiones:** En el presente estudio no ha sido posible establecer una relación entre las escalas psicopatológicas y un cronotipo concreto no obstante, y a pesar de un tamaño muestral pequeño, una relación de correlación negativa entre las escalas CSM y CDI fue estadísticamente significativa. Ningún sujeto de la muestra presentó un cronotipo matutino. Creemos necesario aumentar el número de sujetos con cronotipo vespertino y seguir estudiando su relación con los síntomas afectivos.

#### P4 SÍNDROME PANDAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Llorach Bosch Estela; Borreda Belda Laura; Altuna Martín Ainhoa; Rodríguez Portillo Silvia; González Vivas Carlos

Hospital Clínico Universitario de Valencia

**Introducción:** El síndrome PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder Associated with Streptococcal infections) es una rara enfermedad pediátrica descrita por primera vez en 1988. Se caracteriza por la presencia de síntomas neurológicos (habitualmente tics y movimientos involuntarios) asociados al inicio agudo de un TOC, siendo el desencadenante de dichos síntomas una reacción autoinmune provocada por la presencia de anticuerpos contra el estreptococo de tipo A.

El objetivo de este trabajo es exponer el caso clínico de un niño al que se le diagnostica este síndrome, así como realizar una revisión de artículos destacados y recientes relacionados con su tratamiento.

**Presentación caso clínico:** Paciente de 12 años derivado al servicio de salud mental infantil de nuestra

área por presentar un cuadro de unos 3 meses de evolución con sintomatología compatible con TOC y síntomas psicóticos.

En la exploración clínica se evidencia, además, presencia de movimientos atetósicos y balanceo, que junto a la aparición brusca de la clínica psiquiátrica y el antecedente de una faringitis previa, hacen sospechar un posible PANDAS.

Se realiza analítica obteniéndose ASLO 482 y confirmando el diagnóstico.

**Material y Métodos:** Revisión y resumen de historia clínica del caso a presentar.

Búsqueda en Pubmed de artículos recientes relacionados con el tratamiento del síndrome PANDAS.

**Resultados y Conclusiones:** Si bien no existen estudios que aporten una fuerte evidencia para recomendar un único tratamiento en este síndrome, sí existen casos que reportan notable mejoría mediante tratamientos que combaten la infección y presencia de anticuerpos, así como el uso de terapia cognitivo conductual, ISRS o neurolépticos para mejoría de sintomatología psiquiátrica.

En el caso expuesto se inició tratamiento con antipsicótico e ISRS. Los síntomas psicóticos desaparecieron rápidamente, mientras que los síntomas de TOC mejoraron con más lentitud.

Se realizó también tratamiento con penicilina tras confirmar diagnóstico, no objetivándose respuesta.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Sofia Sigrá, Eva Hesselmark, Susanne Bejerot. 2018. Treatment of PANDAS and PANS: a systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 86 (51-65).
2. Margo Thienemann et al. 2017. Clinical management of Pediatric Acute-Onset Neuropsychiatric Syndrome: Part I- Psychiatric and behavioural interventions. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*. Volume 27, nº 7 (566-573).
3. Denise Calaprice et al. 2017. Treatment of Pediatric Acute-Onset Neuropsychiatric Disorder in a large survey population. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*. Volume 20, nº 20 (1-12)



146

## P5 PSICOTERAPIA GRUPO PARA ADOLESCENTES EN EL CSM MOSTOLES

*Chinchurreta de Lora Nuria; De Cos Milas Ana; Martin Carballeda Julia; Martin Aragón Rubén; Muñoz Domenjó Andrea; Lapastora de Mingo Pilar*

*CSM Mostoles; CSM Mostoles; CSM Alcorcon; CSM Mostoles; CSM Mostoles; CSM Mostoles*

**Introducción:** La Adolescencia supone una etapa de transición entre la infancia y la edad adulta en la que hay necesidad imperiosa de buscar apoyo en un espacio mediador de identificación horizontal, donde canalizar la tensión interna, desplazamiento de los conflictos no resueltos sin sentirse juzgados y permita la modelación de identidades tanto individuales como grupales en presencia de los otros miembros del grupo (función catártica en el ámbito afectivo).

**Objetivo:** Analizar la funcionalidad de la psicoterapia grupal en adolescentes, a través de la evaluación del grupo que se lleva a cabo en el CSM.

**Material y metodos:** Descripción de la dinámica grupal llevada a cabo en nuestro CSM.

En el CSM llevamos a cabo un grupo de psicoterapia semiabierto, heterogéneo con un máximo de 10 adolescentes y 2 terapeutas, de 90 minutos, con frecuencia quincenal.

Se trabajan aspectos como la autoestima, emociones, identificación de problemas y resolución de conflictos, habilidades sociales, inteligencia emocional a través de una serie de actividades propositivas que se llevan a cabo en la terapia.

### Conclusiones

- La terapia grupal es una modalidad de tratamiento efectiva en la adolescencia y también constituye una modalidad de psicoterapia cuyas características permiten que pueda ser llevada a cabo de forma reglada en un Servicio público de Salud Mental.
- Acceso más rápido a la problemática ligada a la cuestión de identificación actual del adolescente y acceso más rápido a la problemática ligada a conflictos procedentes de las relaciones precoces

con las imágenes parentales, en particular la imagen materna.

- El grupo semiabierto permite, en cambio, un inicio de psicoterapia una vez que se hace la indicación, sin demora, pero con el inconveniente de que los cambios frecuentes pueden interferir la cohesión grupal o el sentido de pertenencia al grupo.

## P6 SINTOMATOLOGÍA NEUROPSIQUIÁTRICA EN UN NIÑO CON HAMARTOMA HIPOTALÁMICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

*Urbiola Merina Elena; Laorden Nieto Alejandra Teresa; Carballo Belloso Juan José*

*UDM San Juan de Dios Salud Mental Madrid; Departamento Psiquiatría del Niño y el Adolescente, Hospital General Universitario Gregorio Marañón; Departamento Psiquiatría del Niño y el Adolescente, Hospital General Universitario Gregorio Marañón*

Las lesiones cerebrales pueden manifestarse de diversas formas a lo largo de la infancia, resultando frecuente la sintomatología comicial y neuropsiquiátrica. El hamartoma hipotalámico es un tipo de tumor cerebral congénito y benigno, localizado en la base del cerebro. La prevalencia es de 1-2 casos/100.000 habitantes, apareciendo desde los primeros días de vida hasta los 6 años. Habitualmente están asociados a pubertad precoz central representando el 16% de los casos en niñas y hasta un 50% en los niños.

A continuación, presentamos el caso de un varón de 10 años conocido por Neuropediatría desde 2013, por episodios de chupeteo, con mirada fija y movimientos clónicos, que comienza a manifestar conductas disruptivas en casa y en el colegio, motivo por el cual es derivado a Salud Mental Infanto-Juvenil.

**Material y métodos:** Es valorado multidisciplinariamente por profesionales de Neurología, Psicología y Psiquiatría. Se le realizan diversas pruebas, debido al empeoramiento conductual, como heteroagresividad, y aparición de risas inmotivadas.



**Resultados**

- EEG DE VIGILIA Y SUEÑO LARGO: Sueño REM Actividad epileptiforme focal, se registran dos episodios compatibles con crisis epilépticas. Epilepsia con crisis parciales complejas y crisis gelásticas.
- Valoración Neuropsicológica, en distintos momentos del proceso. Se objetiva un empeoramiento inicial brusco del perfil cognitivo. Se detectan algunos signos psicopatológicos aislados como labilidad afectiva, actitud pueril con muestras de afecto desproporcionadas.
- Diagnóstico Psiquiátrico: Diagnóstico de TDAH con alteraciones de conducta. Tratamiento: risperidona, metilfedinato, oxcarbacepina y valproato.
- RM cerebral: Lesión ovalada de línea media localizada en el suelo del III ventrículo, 13mm de diámetro. Diagnóstico Hamartoma Hipotalámico
- Cirugía con gamma knife, con consecuente mejoría de la conducta, se suspenden psicofármacos, sin embargo, aparece marcada somnolencia, se le realiza un TC, en el que se objetivan hallazgos sugestivos de cambios secundarios a radionecrosis de hamartoma hipotalámico conocido, con edema bilateral.

**Conclusiones:** En posteriores evaluaciones neuropsicológicas, el paciente presentó mejoría parcial de su perfil cognitivo, así como de su conducta, persistiendo labilidad afectiva e inadecuación social. Fue derivado a un Hospital de Día con buena respuesta terapéutica.

Clínicamente el hamartoma suele presentarse con crisis epilépticas, aunque las más características son las crisis gelásticas, refractarias a tratamientos con antiepilépticos. Es frecuente la aparición de comorbilidad psiquiátrica; TDAH (75%), Ansiedad y alteraciones del ánimo (16,7%) y TC graves (83,3%); así como de afectación cognitiva.

La terapia de elección en estos niños es la Radiocirugía por su elevada tasa de curación.

**P7 TDAH Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL:  
ESTUDIO DE UNA MUESTRA DE 87 NIÑOS  
Y ADOLESCENTES DIAGNOSTICADOS DE  
SÍNDROME PRADER WILLI**

*González Domenech Pablo José; Garrot Rustarazo Aurora; Ruiz Nieto Valentín; Villa Lopez Diana  
Departamento De Psiquiatría. Universidad De Granada;  
Asociación Española Para El Síndrome Prader Willi;  
Asociación Síndrome De Prader Willi Andalucía;  
Departamento De Psicología. Universidad De Atioquia.  
Colombia*

**Introducción.** La prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en la Discapacidad Intelectual (DI) es dos o tres veces mayor que en la población general, sin embargo, son escasos los estudios en este campo. El Síndrome Prader Willi (SPW) es una enfermedad del cromosoma 15 asociada a discapacidad intelectual y a otros trastornos como la hiperfagia. El objetivo de este trabajo fue estudiar los síntomas de hiperactividad en esta población y su asociación con otras características clínicas y psiquiátricas.

**Métodos.** Se realizó un ensayo clínico naturalístico con 87 niños y adolescentes diagnosticados de SPW. Cada sujeto se evaluó durante 12 meses. Al inicio del estudio, se realizó una evaluación basal y se administró a los padres de los participantes una guía de recomendaciones para los cuidados de personas con SPW, que incluye consejo dietético, de hábitos de vida, salud y uso de psicofármacos. A los 12 meses se repitió la evaluación. En la evaluación se empleó la escala ABC-EC (Aberrant Behavior Checklist), diseñada para estudiar las alteraciones psicopatológicas y de conducta en personas con discapacidad intelectual. Consta de 5 subescalas, una de las cuales evalúa síntomas de hiperactividad. También se empleó la escala UKU (Udvalg für Kliniske Undersogelser) que mide efectos secundarios por el uso de psicofármacos.

**Resultados.** No existen diferencias estadísticamente significativas en la subescala de hiperactividad de la escala ABC-EC tras el uso de la guía de recomendaciones. Los síntomas de hiperactividad fueron significativamente mayores ( $p < 0,05$ ) en aquellos participantes con CI menor, en los que presentan hiperfagia, los que toman tratamiento psicofarmacológico para el TDAH y los que presentan más efectos secundarios medidos por la escala UKU. La escala UKU mostró valores significativamente más altos ( $p < 0,05$ ) en los que toman tratamiento farmacológico para el TDAH.



**Conclusiones.** Los síntomas de hiperactividad en el SPW son más graves en personas con menor CI. La hiperactividad en esta población puede formar parte de uno de los síntomas centrales del SPW, la hiperfagia. El tratamiento psicofarmacológico para el TDAH puede producir mayor número de efectos secundarios que puede expresarse con mayor hiperactividad. Son necesarios futuros estudios controlados para diseñar herramientas que detecten los síntomas del espectro TDAH en SPW y que estudien la respuesta a las intervenciones dirigidas a abordar estos síntomas. Bibliografía. Clarke, D. J., et al (1996). Maladaptive behaviour in Prader–Willi syndrome in adult life. *Journal of Intellectual Disability Research*, 40(Pt 2), 159–165.

## P8 SEGUIMIENTO INTEGRAL DE PACIENTES Y CUIDADORES EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL UTILIZANDO EVALUACIÓN MOMENTÁNEA ECOLÓGICA (EMA).

Rodríguez Blanco Lucia; Miguélez Fernández Carolina; Peñuelas Calvo Inmaculada; Menéndez Cuiñas Inés; Rojo Tejero Natalia; Carballo Belloso Juan José; Baca García Enrique

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (Madrid).; Hospital General Universitario Gregorio Marañón; Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (Madrid)

**Introducción:** La Evaluación Momentánea Ecológica (EMA) permite evaluar a los pacientes en “tiempo real” y en su medio habitual determinando así el curso de los síntomas y proporcionando una mayor precisión en la evaluación, disminuyendo los sesgos del recuerdo [1]. Ya que se ha comprobado que esta metodología puede ser aplicable para la población infantil con algún tipo de patología [2] actualmente se está utilizando en distintos centros de salud mental infanto-juvenil de nuestro Departamento.

**Material y métodos:** Los participantes (pacientes y cuidadores) son seguidos mediante EMA a través de aplicación en entorno web o en smartphone. El clínico realiza una evaluación inicial protocolizada que se actualiza en cada consulta.

El protocolo de los paciente consta de un cuestionario con 5 escalas que deben contestar el primer día de la evaluación, al mes, a los tres meses y a los seis meses de seguimiento.

Para la valoración EMA a los pacientes (12-18 años) se les asigna unas claves personales con las que tienen acceso a las preguntas de las escalas WHO-5 (sueño, apetito, discusiones, salud mental) y VAS (satisfacción con distintos ámbitos de la vida) que se activan cada día a lo largo de un año.

Los cuidadores de los pacientes, tienen acceso a un cuestionario con 5 escalas que deben contestar el primer día, al mes, a los tres meses y a los seis meses. El protocolo EMA consta de dos bloques de preguntas dos veces al día (mañana y tarde) sobre la conducta y estado emocional de los pacientes, y cómo esto ha afectado al estado emocional de los cuidadores.

Nuestro objetivo preliminar es analizar cambios en las puntuaciones registradas por los pacientes. Para este efecto se utilizaron pruebas no paramétricas.

**RESULTADOS:** Se han valorado 500 pacientes de los cuales aceptan participar en el estudio EMA 88 pacientes y 84 cuidadores a lo largo del año.

Para ilustrar la potencia de este método de seguimiento, se compararon las puntuaciones obtenidas durante el seguimiento en cada paciente. Teniendo en cuenta únicamente cuatro entradas por paciente podemos establecer que existen variaciones estadísticamente significativas entre los valores máximos y mínimos, no así entre los valores iniciales y finales en todas las variable.

**Conclusiones:** La EMA puede facilitar una intervención integral del paciente y los cuidadores. Es importante estudiar el curso de las distintas variables de manera que nos puedan ayudar a predecir conductas o síntomas de riesgo mejorando así la intervención.

## BIBLIOGRAFIA

1. Myin-Germeys I, Oorschot M, Collip D, Lataster J, Delespau P, vanOs J. Experience sampling



research in psychopathology: opening the black box of daily life. *Psychol. Med.* 2009;39:1533–1547

2. Bray P, Bundy AC, Ryan MM, North KN. Feasibility of a computerized method to measure quality of “everyday” life in children with neuromuscular disorders. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics* 2010;30:43–53

## P9 EVALUACIÓN MOMENTÁNEA ECOLÓGICA: SEGUIMIENTO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL.

*Miguélez Fernández Carolina; Rodríguez-Blanco Lucía; Peñuelas Calvo Inmaculada; Baltasar Tello Itziar; Cegla-Schvartzman Fanny; Carballo Belloso Juan José; Baca-García Enrique*  
*Fundación Jiménez Díaz; Fundación Jiménez Díaz; Fundación Jiménez Díaz; Hospital Gregorio Marañón; Fundación Jiménez Díaz; Hospital Gregorio Marañón; Fundación Jiménez Díaz*

La Evaluación Momentánea Ecológica (EMA) permite estudiar determinadas conductas, síntomas y estados afectivos en “tiempo real” y en el medio habitual del paciente determinando así el curso preciso de los síntomas y proporcionando una mayor precisión en la evaluación, evitando los sesgos del recuerdo. Ya que se ha comprobado que esta metodología es más factible para la población infantil con algún tipo de patología, actualmente esta se está aplicando en distintos centros de salud mental infanto-juvenil de nuestro Departamento, siendo los pacientes (12-18 años) seguidos mediante EMA a través de aplicación web o telefónica. Los pacientes contestan diferentes escalas sobre síntomas, funcionamiento y calidad de vida entre las que se encuentran la escala VAS (satisfacción con la vida diaria) y la escala WHO-5 (sueño, apetito, discusiones, salud mental...), que rellenan a diario. 88 pacientes han utilizado EMA con una media de entradas de 10.68 (DT: 15.7) y se han comparado las puntuaciones obtenidas durante el seguimiento en cada paciente, teniendo en cuenta las primeras cuatro entradas, existiendo variación entre los valores máximos y mínimos de VAS y WHO-5. El seguimiento mediante EMA favorece una intervención integral del paciente teniendo en cuenta la variabilidad

de las situaciones vitales y las emociones diarias. Estos resultados son orientativos de la potencialidad de la herramienta. En futuros estudios, sería recomendable ampliar el número de entradas de cada paciente para realizar mayor número de análisis.

## P10 EVALUACIÓN MOMENTÁNEA ECOLÓGICA: SEGUIMIENTO EN CUIDADORES DE PACIENTES EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

*Peñuelas Calvo Inmaculada; Rodríguez-Blanco Lucía; Miguélez Fernández Carolina; Baltasar Tello Itziar; Cegla-Schvartzman Fanny; Sedano Capdevila Alba; Carballo Belloso Juan José; Baca-García Enrique*  
*Fundación Jiménez Díaz; Fundación Jiménez Díaz; Fundación Jiménez Díaz; Hospital Gregorio Marañón; Fundación Jiménez Díaz; Fundación Jiménez Díaz; Hospital Gregorio Marañón; Fundación Jiménez Díaz*

La nueva metodología “Ecological momentary assessment” (Evaluación momentánea ecológica, EMA), utiliza tecnologías de sensores y comunicación que permiten estudiar determinadas conductas, síntomas y estados afectivos en “tiempo real” y en el medio habitual del paciente y sus cuidadores.

Este tipo de evaluaciones se ha visto útil en la posibilidad de determinar el curso preciso y el orden de aparición de los síntomas propios de un trastorno así como en la obtención de una mayor precisión en la recogida de los síntomas, evitando los sesgos del recuerdo retrospectivo en la consulta médica y psicológica.

Investigaciones iniciales de EMA han probado su aplicabilidad y factibilidad en

diferentes poblaciones clínicas con diversos trastornos psiquiátricos en la población infantil, actualmente se está aplicando e distintos centros de salud mental infanto-juvenil de nuestro Departamento.

Los cuidadores de los pacientes deben contestar a dos bloques de preguntas dos veces al día (mañana y tarde) sobre la conducta y estado emocional de los pacientes, y cómo esto ha afectado al estado emocional de los cuidadores. Para el análisis de los cambios en las puntuaciones se utilizaron pruebas no paramétricas.



150

84 cuidadores han utilizado EMA con una media de entradas de 12.94 (DT: 17.5). Tomando en cuenta únicamente las primeras cuatro entradas de cada cuidador podemos establecer que existen variaciones entre los valores máximos y mínimos de puntuación de respuesta en las preguntas incluidas, pero no entre los valores iniciales y finales en dichas preguntas.

La EMA favorece una intervención integral del paciente y del cuidador teniendo en cuenta la variabilidad de las situaciones vitales y las emociones diarias. Estos resultados son orientativos de la potencialidad de esta herramienta. En futuros estudios, sería recomendable ampliar el número de entradas de cada cuidador para poder realizar un análisis más preciso.

### P11 INFLUENCIA DE LA PATOLOGÍA MENTAL PARENTAL EN LAS ALTERACIONES DEL SUEÑO DE LOS NIÑOS DIAGNÓSTICADOS DE TDAH

*Chamorro Fernández Marta; Insa Pineda Inma; Huguet Miguel Anna; Espadas Tejerina Marta; Lara Muñoz José P; Alda Díez José A*

*Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona; Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona; Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona; Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona; Centro de Investigación Médico-Sanitaria, Universidad de Málaga, Andalucía Tech; Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona*

**INTRODUCCIÓN:** Los problemas del sueño son comunes en niños diagnosticados de TDAH, éstos pueden estar influenciados tanto por causas biológicas como por factores psicosociales 1.

**Objetivos:**

- Analizar los trastornos del sueño en niños recientemente diagnosticados de TDAH sin tratamiento farmacológico, en comparación con controles.
- Analizar la influencia de la patología mental parental en las alteraciones del sueño de los niños con y sin TDAH.

**Material y métodos:** Se evaluaron 60 casos diagnosticados TDAH y 60 controles sanos (6-12 años) utilizando criterios DSM IV-TR y cuestionarios ADHD-

RS IV rellenos por padres y profesores. Para evaluar las alteraciones en el sueño se ha utilizado la escala SDSC, y para evaluar la patología mental en los padres se ha utilizado el cuestionario GHQ. El análisis estadístico se ha realizado con pruebas paramétricas de comparación de medias para muestras independientes y Correlación de Pearson.

**Resultados:** El 55% de los niños con TDAH presentaba alteraciones en el sueño según la puntuación total de la Escala SDSC en comparación con un 3.33% de los sanos. Resultando significativa la asociación con la puntuación total ( $p < 0.001$ ) y las diferentes escalas del test de Bruni: inicio y mantenimiento del sueño ( $p < 0.001$ ), problemas respiratorios ( $p = 0.003$ ), alteración de la transición sueño-vigilia ( $p < 0.001$ ), exceso somnolencia ( $p < 0.001$ ) e hiperhidrosis ( $p = 0.001$ ) en los casos diagnosticados de TDAH.

Los padres y las madres de los niños con TDAH presentan mayores puntuaciones en la escala GHQ que los controles. En los casos, las madres presentan mayor patología mental que los padres.

Existe una relación significativa entre la puntuación total de la escala de sueño SDSC y la somatización de la madre en sentido positivo ( $\rho = 0.268$ ,  $p = 0.04$ ). Al analizar la asociación con las diferentes subescalas del cuestionario SDSC, se objetiva que existen correlaciones significativas positivas entre la somatización de la madre y, el inicio y mantenimiento del sueño ( $\rho = 0.290$ ,  $p = 0.026$ ) y cercanas a la significación con la transición vigilia/sueño ( $\rho = 0.248$ ,  $p = 0.058$ ) y la somnolencia excesiva ( $\rho = 0.240$ ,  $p = 0.067$ ).

**Conclusiones:** Los niños diagnosticados de TDAH presentan más alteraciones en el sueño que los controles, siendo los trastornos del sueño más frecuentes la somnolencia excesiva y los problemas al inicio y mantenimiento del sueño.

La presencia de somatizaciones en la madre se correlaciona con mayores alteraciones del sueño en los niños con TDAH.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Bar M, Efron M, Gothelf D, Kushnir J. The link between parent and child sleep disturbances in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Sleep Med.* 2016; 21:160-4.



## P12 PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA EL TDAH EN CONSULTA DE ENFERMERÍA.

*De Mier Inmaculada; Otero-Cuesta Soraya*

*Unidad De Psiquiatría Y Psicología De Niños Y Adolescentes Hospital Valdecilla; Unidad De Psiquiatría Y Psicología De Niños Y Adolescentes Hospital Valdecilla*

**Introducción:** El trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad es una patología frecuente en la población general que motiva entre el 50 y el 70% de las demandas de tratamiento en las Unidades asistenciales de Salud Mental Infanto juvenil. Supone además una importante sobrecarga de trabajo en los recursos sanitarios de salud, que hace recomendable la coordinación entre los profesionales y los recursos implicados en su atención. Se presenta el protocolo de seguimiento de pacientes con TDAH en la consulta de enfermería psiquiátrica en coordinación con Psiquiatría y los datos asistenciales en el período 2014-2017.

**Material y Métodos:** Este protocolo ha sido elaborado en base a la metodología propuesta para el seguimiento de patologías crónicas en las consultas de Atención Primaria.

**Resultados:** El protocolo consta de 3 bloques de actividad

1. Primeras visitas: Se han visto un total de 212 primeras visitas de pacientes nuevos entre 2014 y 2017. La media anual de pacientes nuevos citados en el protocolo es de 53. Esta visita inicial incluye una valoración de la efectividad del tratamiento farmacológico, detección de efectos secundarios, medidas de Peso, Talla, Tensión Arterial y Frecuencia Cardíaca y psico-educación del niño y de su familia. Se utilizan escalas clínicas estandarizadas.
2. Consultas de Seguimiento. La media anual de consultas de revisión es de 750, y se han realizado una media de 7-8 consultas de revisión por paciente. El intervalo de frecuencia de citas es entre 1 y 3 meses por paciente. Las consultas de seguimiento incluyen la valoración de las intervenciones realizadas, se repiten las medidas somáticas y las escalas clínicas estandarizadas, y

se refuerzan las intervenciones psico-educativas y ambientales.

3. Reuniones semanales de coordinación con Psiquiatría: Se realizan con periodicidad semanal y una duración de 90 minutos.

**Conclusiones:** Este protocolo mejora la atención de los niños con TDAH y sus familias, permite un seguimiento más frecuente con menor sobrecarga en las consultas de psiquiatría, y favorece el trabajo en equipo de Psiquiatría y Enfermería.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Protocolo de coordinación de la atención a niños y adolescentes con TDAH educación-sanidad en Cantabria <https://www.educantabria.es/necesidades-educativas-especiales/atencion-al-alumnado-con-tdha.html>.
2. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Edición: 2010 Edita: Ministerio de Ciencia e Innovación, NIPO: 477-09-053-3 Depósito legal: B-17034-2010.
3. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management of ADHD in Children, Young People and Adults. NICE Clinical Guidelines, No. 72, UPDATE in progress: <https://www.nice.org.uk/guidance/indevelopment/gid-cgwave0798>.

## P13 DILEMAS ÉTICOS EN RELACIÓN A LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA A MENORES. UN ESTUDIO DE LAS CONSULTAS RECIBIDAS EN LA COMISIÓN DEONTOLÓGICA DEL COPC.

*Arch Mila; Fabregas Mar; Solé Pilar*

*Colegio Oficial de Psicología de Catalunya; Colegio Oficial de Psicología de Catalunya; Colegio Oficial de Psicología de Catalunya*

**Introducción:** Una de las tareas de la Comisión Deontológica del Colegio de Psicólogos de Catalunya (COPC), consiste en atender a los dilemas que les puedan surgir a los psicólogos en su práctica profesional. En muchas ocasiones, a causa del desconocimiento de nuestro Código Ético, el psicólogo no sabe cómo debe proceder en determinadas situaciones. Desde la Comisión, se han venido realizando estudios en relación



a esta cuestión a fin de poder ofrecer pautas generales que contribuyan a su resolución. El actual estudio, tiene como objetivo actualizar la información sobre las necesidades de los profesionales que intervienen con menores, en base a sus propias demandas de información a la Comisión Deontológica.

**Material y métodos:** se han revisado un total de 307 consultas entre el año 2015 y 2017. Del total, se han excluido aquellas consultas que no eran sobre menores, así como las consultas que no fueron formuladas por psicólogos (progenitores, abogados...). Con los datos disponibles se ha realizado un estudio descriptivo de los ámbitos de intervención en que se producen las consultas y el tipo de dilema más prevalente.

**Resultados:** Las consultas siguen en aumento año tras año. Cuando acotamos las consultas a menores, las áreas más consultadas son la clínica y forense; y los temas más consultados son el consentimiento de los progenitores, la confidencialidad y la facilitación de informes psicológicos.

**Conclusiones:** los resultados apuntan que los dilemas éticos siguen presentes en la práctica profesional y cada vez son más psicólogos, los que consultan a la Comisión Deontológica, tendiendo a actuar con más cautela ante la duda. Ello, se muestra como una tendencia preferente en contraposición a actuar de forma inadecuada, ya que como señaló Enrique Echeburúa (2002), son temáticas complejas. Aun así, cabe destacar la necesidad de formar más a los futuros psicólogos en una temática tan importante y ofrecer más cursos sobre ética y deontología a los ya ejercientes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Echeburúa, E. (2002). El secreto profesional en la práctica de la psicología clínica y forense: alcance y límites de la confidencialidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28(120), 485-501.

## P14 INFLUENCIA DE LOS ACONTECIMIENTOS PERINATALES ADVERSOS EN LA GÉNESIS DEL TDAH

*Insa Pineda Inmaculada; Huguet Miguel Anna; Espadas Tejerina Marta; Chamorro Fernández Marta; Alda Diez José A.*

*CSMIJ Mollet del Vallès, hospital Sant Joan de Déu; Unidad de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Hospital Sant Joan de Déu; CSMIJ Mollet del Vallès, Hospital sant Joan de Déu; CSMIJ Mollet del Vallès, Hospital Sant Joan de Déu; Unidad de Trastorno por Déficit de Atención y Hiperactividad, Hospital Sant Joan de Déu*

**Introducción:** El TDAH es un trastorno complejo y heterogéneo que no es explicable por una sola causa sino por una serie de vulnerabilidades biológicas que interactúan entre sí, junto con otros factores ambientales. Varios son los factores de riesgo o las condiciones que aumentan la posibilidad de desarrollar un TDAH y a pesar de la luz que han aportado los diferentes estudios realizados hasta la fecha, sigue existiendo un gran desconocimiento y controversia sobre el peso que ejerce cada uno de ellos en la etiología del trastorno. Existen factores ambientales que influyen en el periodo perinatal produciendo modificaciones epigenéticas que predisponen a la génesis del TDAH1.

**Objetivo:** analizar la presencia de acontecimientos perinatales adversos en un grupo de niños con TDAH frente a la población general.

**Metodología:** Se realizó un estudio transversal, observacional, naturalístico y descriptivo caso-control en el que se reclutó una muestra formada por 60 niños de edades comprendidas entre los 6 y 16 años con un nuevo diagnóstico de TDAH (naïve) evaluados en la Unidad de TDAH del Hospital Sant Joan de Déu, y un grupo control formado por 60 niños pareados por edad y sexo con la muestra del grupo casos, reclutados en los mismos centros educativos. El método de selección se realizó mediante muestreo consecutivo entre todos los pacientes atendidos en la Unidad de TDAH.

**Hipótesis:** Los niños con TDAH presentan mayor prevalencia de malos antecedentes perinatales frente la población general.

**Resultados:** Se encontró una prevalencia de uso de fármacos por parte de las madres del grupo casos del 13,6%, frente al 3,3% en el grupo control, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,044$ ). Se registró un hábito tabáquico durante el embarazo del 21,7% entre las madres del grupo de casos con



TDAH frente al 8,3% en el grupo control, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,037$ ). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la presencia de enfermedad médica materna, nacimiento fuera del periodo comprendido entre las 38 y 42 semanas de gestación, complicaciones durante el parto (fórceps, sufrimiento fetal y anoxia), bajo peso al nacer, complicaciones médicas del niño en el postparto o depresión postparto.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Blasco Alonso M. Impacto del estado emocional materno, el consumo de tóxicos durante el embarazo y la intervención farmacológica periparto sobre el resultado perinatal, el grado de satisfacción materna y la programación de la salud infantil. Propuesta de un programa educacional para gestantes. 2015. <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/14909>. Accessed March 2, 2018.

## P15 TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD Y SÍNDROME DE NOONAN

Gálvez Andrés Ana; Burillo Traid Carolina  
Hospital infanta Sofía; Hospital Infanta Sofía

**Introducción.** El Síndrome de Noonan es un trastorno de herencia genética autosómica dominante caracterizado por baja estatura, alteraciones hematológicas y linfáticas, facies característica, criptorquidia en varones y un amplio espectro de alteraciones cardíacas. Se da mayoritariamente en varones y en un tercio de los casos cursa con retraso mental leve-moderado. Se está investigando recientemente la aparición en este síndrome de diversas alteraciones psiquiátricas en etapa pediátrica, como ansiedad y depresión, Trastorno del Espectro Autista y, especialmente, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

**Material y métodos.** Presentamos el caso clínico de una paciente adolescente que fue diagnosticada de Síndrome de Noonan en etapa infantil y a la cual se le detectó, a posteriori, un Trastorno por Déficit de Atención. El tratamiento mejoró el desempeño de la paciente en distintos ámbitos de su vida. Realizamos revisión bibliográfica de la literatura científica con el objetivo de saber que relación existe entre ambos trastornos.

**Resultados.** Encontramos que, según la literatura científica, los pacientes con Síndrome de Noonan muestran un riesgo más alto de padecer Trastorno por Déficit de Atención y presentar afectación de las funciones ejecutivas. Investigaciones recientes muestran que las mutaciones genéticas de la cascada de señalización RASP-MAPK que causarían el Síndrome de Noonan, afectaría también a la actividad neuropsicológica de la regiones cerebrales encargadas de la atención y funciones ejecutivas.

**Conclusiones.** Dado que existe evidencia científica de que los pacientes con Síndrome de Noonan muestran un mayor riesgo de alteraciones psiquiátricas en la infancia como el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad que la población general, sería necesario realizar una búsqueda de estos síntomas desde temprana edad para realizar un diagnóstico e intervención más precoz.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Perrino F et al. Psychopathological features in Noonan syndrome. *Eur J Paediatr Neurol.* 2018 Jan;22(1): 170-177

## P16 TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN SÍNDROME DE NEUROFIBROMATOSIS TIPO I: A PROPÓSITO DE UN CASO

Gálvez Andrés Ana; Burillo Traid Carolina  
Hospital infanta Sofía

**Introducción:** La NF1 o Síndrome de Von-Recklinghausen es un trastorno neurocutáneo hereditario y progresivo caracterizado por afectación en múltiples tejidos derivadas del crecimiento de tumores. Los déficits neurocognitivos y las dificultades de aprendizaje representan las complicaciones neurológicas más frecuentes de la neurofibromatosis tipo 1 (NF1) en la edad pediátrica. Aparecen alteraciones significativas del lenguaje, lectura, habilidades visoespaciales, función motora, y habilidades sociales. Aunque la alta prevalencia de TDAH en dicho síndrome es de sobra conocida (50% de pacientes presentan TDAH), la relación con otros trastornos del neurodesarrollo como el autismo no es todavía tan clara.

**Material y métodos.** Presentamos un caso clínico de una



paciente con Neurofibromatosis tipo I diagnosticada en etapa infantil y que además cumple criterios de Trastorno del Espectro Autista, aunque éste se detecta ya en la adolescencia. Realizamos una revisión de la literatura científica para verificar si existe una mayor prevalencia de rasgos autistas o Trastorno del Espectro Autista en pacientes diagnosticados de Neurofibromatosis tipo I.

**Resultados.** Se objetiva en los estudios realizados una mayor prevalencia de Trastorno del Espectro Autista en pacientes diagnosticados de Neurofibromatosis tipo I que en población general.

**Conclusiones.** Dado que hay una mayor prevalencia de TEA en pacientes diagnosticados de Neurofibromatosis tipo I, sería importante realizar un seguimiento del neurodesarrollo de estos pacientes. Sería recomendable también una búsqueda de marcadores tempranos de TEA con el objetivo de realizar un diagnóstico precoz y realizar la intervención y tratamiento adecuados.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Eijk S et al. Autism Spectrum Disorder in an Unselected Cohort of Children with Neurofibromatosis Type 1. *J Autism Dev Disord.* 2018 Feb 8.

#### P17 EXPRESIÓN EMOCIONAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TDAH

González Andrea; Huguet Anna; Alcover Carlota; Chamorro Marta; Espadas Marta; Ainsa Inma; Alda José Ángel  
Hospital Sant Joan De Déu

**Introducción:** La expresión emocional (EE) se define como la apariencia física de un individuo en términos de afecto y las emociones expresadas tanto positivas como negativas. Este concepto está relacionado con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y existe poca investigación acerca del impacto que el tratamiento habitual (farmacológico o combinado) puede tener sobre el procesamiento emocional.

**Objetivo:** Esta investigación pretende evaluar la EE en niños/adolescentes, en el momento previo al tratamiento, y tras el primer, tercer y sexto mes de tratamiento.

Además, se valorará si existen cambios en la EE según el tipo de tratamiento que se sigue (farmacológico y combinado), estudiar si hay diferencias en los distintos subtipos de TDAH y analizar si existe relación entre la EE, niveles de ansiedad y depresión.

**Método:** Se obtiene una muestra de 42 niños y adolescentes de nuevo diagnóstico de TDAH. Se programan cuatro sesiones de control (basal, mes 1, 3 y 6), se recogen variables clínicas, sociodemográficas y diversos cuestionarios. Para evaluar la EE se utiliza la Escala Infantil de Expresión Emocional (EESC): emociones positivas, aplanamiento emocional, y labilidad emocional; y una puntuación total.

**Resultados:** Los resultados indican una diferencia significativa a lo largo del tiempo en la puntuación total de la EESC ( $p=0.049$ ). Además, las comparaciones por pares en la puntuación total, muestran que en el sexto mes hay una diferencia significativa entre el grupo que sigue tratamiento farmacológico, y el grupo que hace terapia combinada ( $t(20)=3.077, p<0.05$ ). En cuanto a las subescalas del EESC se obtienen puntuaciones significativas en el tiempo en labilidad emocional ( $p=0.005$ ) y aplanamiento emocional ( $p=0.010$ ).

**Conclusiones:** Los cambios en la EE reflejados por la puntuación de la EESC, sugiere que los pacientes con TDAH tras 6 meses de tratamiento habitual (farmacológico o combinado), mejoran de forma significativa en la puntuación total y en los dominios de aplanamiento emocional y labilidad emocional. Las emociones positivas muestran tendencia a la significación. Además, existe una diferencia significativa entre las puntuaciones del tratamiento combinado y tratamiento farmacológico para la puntuación total de la EESC del sexto mes. Esto sugiere una menor alteración en la expresión emocional cuando el tratamiento farmacológico es realizado en conjunto a una terapia psicológica.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Manos, M., Brams, M., Childress, A., Findling, R., López, F. y Jensen, P. (2011). Changes in Emotions Related to Medication Used to Treat ADHD. Part I: Literature Review. *Journal of Attention Disorders*, 15(2), pp 101-112.



## P18 TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA Y CONDUCTA TRANSGRESORA

*Fuertes Puchades Olga; Marrero Marrero Teresa; Martínez Mas Jaume; Del Prado Sánchez Noemí; Civit Ramírez Mónica; Claramunt Mendoza Jaume*  
*Unidad Terapéutica Del Centro Educativo Elst Til.Lers.*  
*Parc Sanitari Sant Joan De Deu*

En la actualidad existe desacuerdo sobre la prevalencia de los Trastornos del Espectro Autista (TEA) en la población atendida en el ámbito de justicia juvenil. Algunos estudios exponen una sobrerrepresentación de personas con TEA en población forense, mientras que otros han encontrado que estas personas delinquen en la misma proporción que la población general (Rutten, Vermeiren & Van Nieuwenhuizen, 2017). Por otra parte, según Sevelever, Roth & Gillis, (2013), los individuos con TEA pueden correr un riesgo mayor de experimentar abuso sexual y victimización, en tanto que otros autores sugieren que son más propensos a cometer abuso sexual.

En Cataluña, el aumento de este tipo de diagnóstico en los adolescentes que están cumpliendo una medida judicial de internamiento ha suscitado preocupación, ya que además un elevado porcentaje de los casos ingresan en el circuito judicial con un diagnóstico erróneo.

Es importante profundizar y tener mayor información en relación a la conducta transgresora en personas con trastornos del espectro autista.

## P19 EL VIDEO JUEGO COMO HERRAMIENTA DE APRENDIZAJE PARA NIÑOS CON TDAH: UN ESTUDIO PILOTO

*Alda José A.; Eguía José-Luís; Solano Lluís; Huguet Anna; Tost Dani*

*Hospital Sant Joan De Déu; Universitat Politècnica De Catalunya; Universitat Politècnica De Catalunya; Hospital Sant Joan De Déu; Universitat Politècnica De Catalunya*

**Introducción:** Los niños y niñas con TDAH se sienten muy atraídos por los video-juegos y se concentran en ellos durante períodos más largos que en otras actividades, hasta el punto que su uso se había relacionado erróneamente

como un factor iniciador o potenciador del TDAH (Weinstein y Weizman, 2012). Un estudio comparativo (Bioulac et al. 2014) indica que sujetos con TDAH obtienen resultados de juego similares a individuos de un grupo control, lo que mostraría que el juego consigue movilizar mejor su capacidad de atención. Aprovechando la capacidad motivadora de los videojuegos, los llamados “juegos serios”, diseñados con finalidades educativas, podrían ser una herramienta de enseñanza efectiva (Hanus y Fox, 2015), para personas con TDAH. El objetivo de este trabajo es analizar la efectividad de un video-juego como metodología de aprendizaje en comparación con el método convencional.

**Material y métodos:** Se utilizó un video-juego educativo diseñado por los investigadores del estudio en el que se enseñan conceptos de historia, ciencia y cultura. Se trabajó con dos grupos: un grupo diagnosticado recientemente de TDAH (n=14) y un grupo control (n=15). Cada grupo se dividió en dos subgrupos: uno asistió a una clase impartida por un profesor con soporte de una presentación visual y el otro realizó la clase mediante un videojuego. Al iniciar y al acabar la sesión se pidió a los niños y niñas que contestaran un cuestionario de 12 preguntas sobre la temática abordada para poder evaluar los conocimientos adquiridos.

**Resultados:** Los resultados muestran que las puntuaciones obtenidas son significativamente inferiores en el grupo con TDAH respecto a las del grupo control, tanto antes (nota media de 2,2 versus 3,4) como después de la sesión (nota media 4,0 versus 7,7). Ambos grupos mejoran después de la sesión y el incremento en la nota media es superior en el grupo control (127% versus 83,9%). En ambos casos, la mejora es significativamente superior en el caso de los niños y niñas que han jugado que en los que han asistido a la clase tradicional. Proporcionalmente esta mejora es superior en el grupo con TDAH (137% juego versus 26% clase) que en el grupo control (196% juego versus 77% clase).

**Conclusiones:** Los resultados de este estudio piloto corroboran que los juegos serios pueden ser herramientas educativas efectivas para toda la población infantil y especialmente para los niños con TDAH.



## P20 SÍNTOMAS PSICÓTICOS Y ALUCINACIONES VISUALES SECUNDARIOS AL TRATAMIENTO CON AINES. A PROPÓSITO DE UN CASO

*García-Poggio Fernández-Renau Marta; Eliche Moreno Manuel Gil; Bravo Herrero Sandra; Cruz Fourcade José Fernando; De Cos Milás Ana; Rodríguez Criado Natalia; Chinchurreta De Lora Nuria; Molina Cambra Raquel; Muñoz Domenjó Andrea; Martínez Fernández A Hospital Universitario De Móstoles*

**Introducción:** Los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) son un grupo de fármacos de uso muy frecuente en el tratamiento del dolor, tanto en población adulta como pediátrica. Debido a su extendido uso, se han descrito multitud de efectos secundarios, los principales a nivel gastrointestinal. Sin embargo, cabe destacar los efectos adversos que se producen a nivel del Sistema Nervioso Central, en concreto los síntomas psicóticos y las alucinaciones visuales, dado lo llamativo de su aparición.

**Material y Métodos:** Se presenta el caso de una paciente de 10 años, sin antecedentes de interés, que acude a la Urgencia por cefalea de 18 días de evolución y que fue tratada con Dexketoprofeno, tanto por vía intravenosa como por vía oral. Tres días después de comenzar el tratamiento con Dexketoprofeno, acude de nuevo a la Urgencia por la aparición de alucinaciones visuales secundarias a este tratamiento. Se realizó despistaje orgánico sin encontrar patología. Tras varios días sin la administración de este tratamiento, los síntomas cesaron.

Se realiza revisión bibliográfica sobre los efectos secundarios de AINEs a nivel del Sistema Nervioso Central.

**Resultados:** La aparición de síntomas que afectan al Sistema Nervioso Central secundarios a la administración de AINEs se ha descrito. Los síntomas más frecuentes son cefalea, vértigo, tinnitus e insomnio. Sin embargo, con una frecuencia mucho menor, también se han descrito algunos casos de aparición de sintomatología psicótica, delirios o alucinaciones visuales en niños o adultos tras la administración de AINEs.

**Conclusiones:** Dado el incremento en el uso de este

tipo de fármacos que se está llevando a cabo en pediatría, cuando acuda un niño con los síntomas previamente descritos, hay que plantearse la posibilidad de que se trate de un efecto secundario de AINEs, siempre y cuando se haya realizado previamente un despistaje orgánico sin objetivarse patología somática que justifique los síntomas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hoppmann, R. A., Peden, J. G., & Ober, S. K. (1991). Central nervous system side effects of nonsteroidal anti-inflammatory drugs: aseptic meningitis, psychosis, and cognitive dysfunction. *Archives of internal medicine*, 151(7), 1309-1313.
2. Solomon, D. (2014). Nonselective NSAIDs: Overview of adverse effects. Waltham, MA: UptoDate.
3. Olcina, M. J. E., & Martín, P. A. (1999). Delirio, sonambulismo, alucinaciones visuales y terror nocturno en un paciente tratado con Ibuprofeno. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 1(1).

## P21 EVALUACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN AUTO REPORTADOS

*Vilar Ana; Blasco Maria Jesús; Ballester Laura; Batlle Santiago; G. Forero Carlos*  
*CSMIJ Sant Martí i La Mina, Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD), Parc de Salut Mar, Barcelona, Spain; Health Services Research Unit, IMIM - Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques, Barcelona, Spain; Health Services Research Unit, IMIM - Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques, Barcelona, Spain; CSMIJ Sant Martí i La Mina, Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD), Parc de Salut Mar, Barcelona, Spain; Health Services Research Unit, IMIM - Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques, Barcelona, Spain*

**Introducción:** El TDM es un trastorno frecuente y recurrente en población infantojuvenil. El éxito del tratamiento depende de la habilidad para diagnosticar y medir su gravedad. El diagnóstico se basa en el



paradigma de evaluación clínica, pero muy a menudo, se utilizan cuestionarios para el cribado o la derivación en entornos no clínicos.

**Objetivos:** Describir cómo se evalúan los síntomas depresivos en cuestionarios autoreportados para niños y adolescentes, según sus contenidos y funciones involucradas; y evaluar la calidad de los ítems a través de dos indicadores: nivel de lectura necesario y adecuación al período recordatorio del diagnóstico.

**Métodos:** Se realizó una revisión de instrumentos autoreportados desarrollados para evaluar depresión unipolar en niños y adolescentes de 7 a 17 años a través de varias fuentes, incluyendo revisiones pasadas, bases de datos de resúmenes, guías clínicas y motores de búsqueda en Internet. Se incluyeron 15 instrumentos.

Los ítems fueron clasificados en contenidos por dos revisores independientes. Se calcularon los acuerdos de Kappa y las discrepancias se resolvieron por consenso.

**Resultados:** 453 ítems fueron analizados. El acuerdo kappa inicial fue 0.86. La mayoría de los ítems se referían a sintomatología cognitiva (30.7%) -contenido pensamientos 91.7%-, seguidos por sintomatología afectiva (27.2%) -ánimo 56.9%-, regulación/activación (18.5%) -activación 39.3%- y funcionalidad (6.6%) -social 43.3%. Los síntomas de ansiedad (3.5%) y somáticos o fisiológicos (3.5%) se exploraban de forma marginal. Cuatro ítems (0.9%) no pudieron ser clasificados. Los instrumentos dirigidos a población adolescente equilibraban mejor la frecuencia de síntomas cognitivos y afectivos (30.4 %, 28.3%, respectivamente) que los dirigidos a población infantojuvenil general (44.5% Vs 27.1%). Cinco de los instrumentos (219 ítems) no especificaban período recordatorio; dos presentaban un período recordatorio corto (58 ítems). Cuatro instrumentos (161 ítems) presentaban un nivel de lectura superior para el grupo de edad al que iban dirigidos y otros cuatro (89 ítems) no mostraban este indicador.

**Conclusiones:** En autoinformes la sintomatología cognitiva es sobreexplorada, mientras apenas se evalúan síntomas clínicos de regulación/activación, funcionamiento y somáticos/fisiológicos. La sintomatología afectiva, nuclear en la definición de trastorno, es menos explorada que la cognitiva. Los

contenidos superan el nivel de comprensión lectora de algunos grupos de edad. Como instrumentos de orientación, concuerdan poco con los contenidos de sintomatología clínica, lo que supone una amenaza en la validez de las exploraciones diagnósticas. Financiación: ISCIII FEDER (EXP PI16/00165); DIUE Cataluña 2017SGR452.

## P22 VIOLENCIA ENTRE IGUALES EN EL ÁMBITO ESCOLAR (SCHOOLAR BULLYING): RESULTADOS EN UNA USMIJ

*Lara De Lucas Beatriz; Bueno Soriano M<sup>a</sup> Isabel; Tascón Guerra M<sup>a</sup> Fernanda; Hernández Naranjo Ana; Calvo Mauri José Fernando; Romo Barrientos M<sup>a</sup> Del Carmen; Cruz Recio M<sup>a</sup> Del Mar; García Escudero M<sup>a</sup> José; Camacho Borrego Sergio  
H. Ntra. Sñra. Del Prado*

**Objetivos:** La violencia entre iguales en el ámbito escolar es un problema de ámbito social con alta repercusión mediática en la actualidad. Nos planteamos reflexionar sobre aspectos y hallazgos en relación al “schoolar bullying”.

**Material y métodos:** Se extrajeron de los datos de Historia Clínica en cada sujeto: Edad, sexo, ciclo formativo, tipo de centro y mes de derivación, de la USMIJ que atiende a demandas hasta los 18 años, población estimada de cobertura: 15 a 16.000 personas en rango de edad. Se procedió a revisar todas las primeras entrevistas realizadas en periodo de un año (Marzo/2017-Febrero/2018). Se obtuvieron 21 casos de un total de 673 con motivación de derivación principal: “posible acoso escolar”.

**Método:** Análisis de resultados mediante Prueba de Wilcoxon para grupos y de serie temporal mediante C de Young asumiendo significación con  $p < .01$ .

**resultados:** Edad: Moda 10 años (23,81%); seguido de 11 y 13 años (19,05%); 7, 12 y 15 años (9,52%); 14 y 16 años (4,76%).

Sexo: 71,43% Hembras y 28,57 varones;  $Z=4,13$  ( $p < .001$ )

Ciclo formativo: Educación Primaria (EP): 61,90% (primer ciclo 9,52%, segundo ciclo 52,38%); Educación



Secundaria Obligatoria: 38,10%;  $Z=4,02$  ( $p<.001$ )

EP y ESO:  $Z=4.05$  ( $p<.001$ )

Porcentaje de casos vistos en relación a primeras consultas de la USMIJ: Total de consultas 3,12%.

### Conclusiones

I. La violencia entre iguales en el ámbito escolar reclama una atención importante en cuanto al número de consultas en el funcionamiento de la USMIJ.

II. Nuestros resultados no avalan lo habitualmente asumido en los estudios sobre igual incidencia entre varones y hembras, parece que sí conformamos que la época de mayor vulnerabilidad es el fin del segundo ciclo de educación primaria, siendo incluso más crítico que el inicio de la educación secundaria.

III. Se encuentran diferencias en el perfil de los discentes atendidos.

IV. Es necesario seguir la línea de estudio para conseguir mejor generalización de resultados.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Olweus D. "Acoso escolar," bullying", en las escuelas: hechos e intervenciones".
2. Ellen M Selkie, MD, MPH. "Cyberbullying Prevalence Among US Middle and High School-Aged Adolescents: A Systematic Review and Quality Assessment". Journal of Adolescents Health. 58(2016)125-133.

### P23 IMPLICACIÓN DE OTROS RECURSOS EN UNA UNIDAD HOSPITALIZACIÓN DE PSIQUIATRÍA INFANTO JUVENIL

*Jimeno Beltrán Teresa; Enríquez Moreno Patricia; Garreta Canillas Esther; Barahona Aceituno Paola Michell*

*Hospital Universitario Son Espases*

Introducción: Los menores que requieren un ingreso en Salud Mental, suelen ser casos complejos en los que existen deficiencias y/o dificultades en el ámbito social y familiar. El propósito de este estudio es conocer el perfil de los ingresos en IBSMIA, que han requerido notificación a servicios sociales, servicio de Protección

del Menor y / Fiscalía en 2017.

**Material y métodos:** Se revisaron todas las historias clínicas de los menores de 18 años ingresados en la Unidad de Hospitalización de IBSMIA, durante el pasado año 2017. Se realiza una base de datos para su posterior análisis descriptivo.

**Resultados:** De los 161 ingresos, se realizó notificación a: Servicio de Protección del Menor (SPM), en 46 casos (38,33%), Servicio Sociales (SS SS), en 39 casos (32,5%) y a Fiscalía de Menores (FM), en 35 casos (29,16%). Con los siguientes perfiles:

SPM: Mujer 71,7%, edad media 15 años, 37% consume tóxicos, 80% tiene antecedentes familiares de Salud Mental, siendo la presencia de ideación suicida/conductas suicidas el motivo de ingreso principal (58,70%) y el diagnóstico más frecuente el de trastorno de conducta en el 32,60%.

SS SS: Mujer 76,92%, edad media 15,30 años, 38,47% consume tóxicos, 74,35% tiene antecedentes familiares de Salud Mental, siendo la presencia de ideación suicida/conductas suicidas el motivo de ingreso principal (53,84%) y el diagnóstico más frecuente el de trastorno de conducta en el 35,89%.

FM: Mujer 77,14%, edad media 15,34 años, 54,28% consume tóxicos, 68,57% tiene antecedentes familiares de Salud Mental, siendo la presencia de ideación suicida/conductas suicidas el motivo de ingreso principal (48,57%) y el diagnóstico más frecuente el de trastorno de conducta en el 48,57%.

**Conclusiones:** Perfil común: Mujer con antecedentes familiares de salud mental, presencia de conductas autolesivas, una estancia media superior a la del total y diagnóstico de trastorno de conducta. Por lo que Sería conveniente reforzar el trabajo en red en aquellos menores con el perfil descrito, como medida de prevención.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Cátedra de Psiquiatría Infantil Fundación Alicia Koplowitz-Universidad Complutense de Madrid. Libro blanco de la psiquiatría del niño y del adolescente. Madrid. Fundación Alicia Koplowitz, 2014. ISBN: 978-84-695-9753-8.



## P24 ¿CUÁL ES EL PERFIL DE LOS MENORES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN IBSMIA?

*Jimeno Beltrán Teresa; Barahona Aceituno Paola  
Michell; Garreta Canillas Esther; Enríquez Moreno  
Patricia  
Hospital Universitario Son Espases*

**Introducción:** La tasa de prevalencia de los niños/as entre 0-18 años de edad que podrían precisar una ayuda específica de salud mental se sitúa entre el 10-25%.<sup>1</sup> La prevalencia aumenta con la edad y el sexo, constituye también una variable importante en la presentación de psicopatología.<sup>2</sup>

Se marcan como objetivos conocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes ingresados en la unidad de hospitalización de psiquiatría infanto juvenil.

**Material y Métodos:** Se revisaron todas las historias clínicas de los menores de 18 años ingresados en la Unidad de Hospitalización de IBSMIA, durante el pasado año 2017. Se realiza una base de datos recogiendo distintas variables para su posterior análisis descriptivo.

**Resultados:** 161 ingresos, edad media de 15,26 años y un 72,67% mujeres. Una estancia media de 11,12 días. Si extraemos un caso satélite (estancia de 187 días), la estancia media pasa a 10,02 días. Como motivo de ingreso principal destaca la presencia ideación suicida y/o conductas autolesivas con un 49,69%. Un 67,70% tenía antecedentes familiares de salud mental. Consumo de tóxicos presente en el 25,47%. Como diagnósticos principales al alta: Trastorno Adaptativo 18,63% y Trastornos de conducta un 12,42. Un 11,19% presentaban absentismo escolar previo. 25 pacientes reingresaron. Se realizó notificación a Servicio de Protección del Menor en el 28,57% de casos y a Fiscalía de Menores en el 21,74% de casos.

**Conclusiones:** La edad media y el motivo de ingreso coinciden con los descritos en la literatura. Las tasas de prevalencia e incidencia en muestras clínicas aportan información sobre la demanda real que se produce. Existen escasos estudios de epidemiología en psiquiatría infanto-

juvenil en España. Son necesarios más estudios y debería constituir una línea básica de investigación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Espín, J.C., Belloso, J.J., Estudio descriptivo de los niños y adolescentes nuevos vistos en un servicio de salud mental en el periodo de un año. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. vol.29 no.2, Madrid 2009.
2. Fabiano, G.A., Pelham, W.E., Evidence-based treatment for Mental Disorders in children and adolescents, Current Psychiatry Reports, Vol. 4, Number 2, April 2002, Págs. 93-100.

## P25 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TEA EN HOSPITAL DE DÍA.

*Enríquez Moreno Patricia; Garreta Canillas Ester;  
Jimeno Beltrán Teresa  
Hospital Universitari De Son Espases. Ibsmia*

**Introducción.** La hipótesis del estudio es que la mayoría de los pacientes diagnosticados de Trastorno de Espectro del Autismo (TEA) son derivados a recursos especializados de Salud Mental con una presentación clínica muy variable. En la mayoría de los casos, el motivo de consulta inicial no está relacionado con la clínica nuclear del TEA.

Por ello se ha realizado un estudio transversal de los motivos de derivación a Hospital de Día del Institut Balear de Salut Mental de la Infància i Adolescència de pacientes diagnosticados de TEA, distribución por sexo y edad media de diagnóstico.

**Material y métodos.** Estudio transversal mediante una recogida de datos en formato Excel para su estudio estadístico de los 34 pacientes derivados a Hospital de Día IBSMIA durante el periodo comprendido entre enero de 2016 y febrero de 2018 que han sido diagnosticados de TEA.

El diagnóstico fue realizado siguiendo los criterios diagnósticos de DSM V.

**Resultados:** El principal motivo de derivación fueron los problemas de conducta (23.5%), seguidos de solicitud de clarificación diagnóstica desde Unidad Comunitaria



160

de Consultas Externas ( 20 %), ideación autolítica ( 17.6 % ) , rechazo escolar ( 14.7% ), clínica psicótica ( 8.8 %) y TCA ( 8.8%), otros ( 6.6%). La edad media del diagnóstico fue de 13 años. 70.6% sexo masculino, 29.4% sexo femenino.

**Conclusiones:** Solo en el 20 % de los pacientes se encontraba entre las hipótesis diagnósticas un posible Trastorno del Espectro de Autismo. El principal motivo de derivación fueron los problemas de conducta.

Por los resultados creemos que se debería explorar clínica de un posible TEA ante pacientes con problemas de conducta.

Por lo que la realización de una historia de neurodesarrollo completa es clave para poder plantearnos un mejor diagnóstico diferencial y tener más presente la opción de un trastorno del espectro de autismo en menores que acuden por alteraciones conductuales.

## BIBLIOGRAFÍA

1. DSM- V. Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales. American Psychiatric Association EAN: 9788498358100 Edición: 5ª.

## P26 INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA PRECOZ EN PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS.

*Enriquez Moreno Patricia; Garreta Canillas Ester; Jimeno Beltrán Teresa*  
*Hospital Universitari De Son Espases. Ibsmia*

**Introducción:** Se justifica la necesidad de una intervención psicoterapéutica precoz en Primeros Episodios Psicóticos (PEP) complementaria al tratamiento farmacológico. Se describe la intervención psicoterapéutica en (PEP) que se realiza en el Hospital de Día de la Unidad de salud mental infantil y juvenil (IBSMIA). Finalmente, se ofrecen datos que avalan la eficacia de la intervención descrita.

**Material y métodos:** Se analizan los 36 pacientes derivados a este programa con los objetivos:

- Prevención de recaídas precoces.
- Adherencia al tratamiento.
- Adquisición de conciencia de enfermedad.
- Reducción de la comorbilidad.

La metodología de intervención se fundamenta en

la Terapia de Orientación Cognitiva para el Primer Episodio Psicótico (COPE) consta de cinco módulos: conciencia de enfermedad, adhesión farmacológica, evitación del abuso de sustancias, terapia cognitiva y regularidad de hábitos y manejo del estrés con un total de 14 sesiones grupales semanales. Consultas individuales de psiquiatría y psicología clínica. Grupo de familias con cinco sesiones de psicoeducación familiar.

**Resultados:** En el análisis de resultados realizado tras dos años de puesta en marcha del programa con datos favorables sobre los 36 pacientes atendidos. La mayoría de los pacientes se mantuvieron adheridos al programa, solo un 10 % de abandonos. Respecto a la comorbilidad, previo a la intervención, 38% mostraban un trastorno de uso de sustancias, reduciéndose a un 11% tras el primer año de intervención. El objetivo principal del programa era evitar la recaída precoz, el 75% de los pacientes se mantuvieron durante el primer año sin necesitar un segundo ingreso. En aquellos que necesitaron, la mayoría 66% se había producido al inicio del programa y coincidiendo con consumo de tóxicos.

**Conclusiones:** Estos resultados pusieron de relieve la eficacia de una intervención temprana en las primeras fases de la evolución del trastorno. Si bien los resultados muestran que una intervención intensiva en el primer año tras el brote es eficaz.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Henry, L., Edwards, J., Jackson, H., Hulbert, C. y McGorry, P. (2002) Cognitively Oriented Psychotherapy for First Episode Psychosis (COPE): A Practitioner's Manual. Melbourne: EPPIC.

## P27 PROGRAMA PSICOEDUCATIVO GRUPAL PARA PADRES DE NIÑOS DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO DE CONDUCTA

*Rodríguez Portillo Silvia; Altuna Martin Ainhoa; Llorach Bosch Estela; González Vivas Carlos; Borreda Belda Laura*  
*Hospital Clínico Universitario De Valencia; Hospital Clínico Universitario De Valencia; Hospital Clínico Universitario De Valencia; Hospital Clínico Universitario; Usmi El Grao HCUV*



**Introducción:** Los problemas de conducta son la razón más común de derivación a servicios de salud mental en la infancia. Las dificultades para acatar las normas, las explosiones de ira y las rabietas son algunas de las manifestaciones.

Se describe la experiencia de seis parejas de padres que han sido incluidas en un programa psicoeducativo grupal, cuyos hijos poseen edades comprendidas entre los 8 y 11 años y han sido diagnosticados de Trastorno de Conducta.

**Material y métodos:** El programa consta de 10 sesiones semanales. Tiene como objetivo romper el ciclo de interacciones negativas entre padres e hijos, potenciando las conductas prosociales y reduciendo los comportamientos problemáticos, a la vez que otorga herramientas para su manejo.

Se instó a los participantes a contestar el inventario del comportamiento de niñas/os de 6-18 años para padres (CBCL) tanto antes como después de la intervención. La evaluación del proceso se realizó mediante una encuesta de satisfacción que fue rellenada anónimamente por los participantes del programa.

**Resultados:** Se trata de una muestra inicial de seis padres de niñas/os (2 niñas y 4 niños) de 8 a 11 años, de los cuales lograron finalizar el programa cuatro. En los padres que completaron el programa se apreció una disminución en las puntuaciones de los problemas de comportamiento externalizado (escalas de ruptura de normas y conducta agresiva), que al inicio del programa presentaban significación clínica ( $T > 65$ ). En todos estos casos se produjo una disminución en la puntuación total del CBCL.

La evaluación que realizaron del programa se obtuvo de seis cuestiones relacionadas con el impacto de su aplicación sobre diferentes aspectos. Las respuestas se codificaron en una escala Likert de cinco puntos (de muy positivo a muy negativo). La mayoría de los padres consideró el programa de manera positiva (45,83%). En ningún caso se realizó una valoración negativa. Con respecto a la metodología empleada, la información se extrajo de seis cuestiones y las respuestas se codificaron en una escala de cinco puntos (de muy inútil a muy útil). Podemos concluir que todos los métodos de entrenamiento fueron valorados muy positivamente

(66,67% los consideraron muy útiles y en un 33,33% fueron considerados útiles).

**Conclusiones:** Este formato crea un clima de apoyo donde se abordan experiencias que son compartidas por los participantes y logra normalizar las vivencias, facilitando así la discusión y la reflexión. Otro aspecto interesante sería estudiar si los efectos positivos se mantienen a largo plazo.

### P28 PSICOTERAPIA BREVE EN CONDUCTAS (PARA) SUICIDAS PROGRAMA DE 8 SESIONES BASADO EN LA TCC

*Salvador Castellano Ana; Batlle Vila Santiago; Nascimento Osorio Maite; Sorli Martínez De Oraa Raquel; Vilar Garcés Ana; Díaz Digon Laura; Baeza Tena Esther; Siñol López Patricia; Estrada Prat Xavi; Duñó Ambrós Lourdes; Marrón Cordón Magda; Martín López Luis Miguel*

*Csmij Sant Martí Nord-La Mina Inad, Parc De Salut Mar*

**Introducción:** En los últimos años ha habido un aumento de las conductas suicidas y parasuicidas entre la población adolescente, pasando a ser la principal causa de muerte a nivel europeo (1). Estudios recientes se han centrado en evaluar la eficacia de intervenciones psicoterapéuticas breves, la gran mayoría en población adulta.

**Objetivo:** Conocer qué intervenciones breves se han realizado hasta la actualidad en población adolescente y desarrollar un nuevo programa teniendo en cuenta las limitaciones previas.

**Método:** Mediante una búsqueda bibliográfica a través de la base de datos Pubmed con las etiquetas “brief intervention”, “attempt suicide”, “self-harm”, “psychotherapy” se han encontrado sólo dos estudios relevantes que incluyan muestra adolescente. De estos estudios, uno está centrado sólo en pacientes hospitalizados (2) y el otro se basa en una intervención a distancia (mediante tarjetas postales) (3).



**Resultados:** Teniendo en cuenta la escasa evidencia científica previa, se ha diseñado el programa “Psicoterapia breve en conductas (para)suicidas”, basado en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y adaptado del Cutting down: A CBT workbook for treating young people who self-harm. Está formado por 8 sesiones de intervención semanales, divididas en los siguientes apartados: 1. Historia vital, análisis de la conducta previa e introducción de la TCC (análisis funcional). 2. Emociones. 3. Motivación al cambio. 4. Pensamientos trampa. 5-7. Estrategias de afrontamiento. 8. Gestión futuras crisis. Además, se realizan dos sesiones de evaluación (pre-post) para valorar trastornos comórbidos, sintomatología depresiva, sentimientos de desesperanza, ideación suicida, nivel intelectual, rasgos de personalidad, historia de trauma, estrategias de afrontamiento, alianza terapéutica y motivación al cambio, nivel de funcionalidad global. El programa se está implementando en pacientes adolescentes del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) que han presentado ideas y/o conductas (para) suicidas.

**Conclusiones:** Se presenta un programa orientado a reducir la ideación/conducta (para) suicida de nuestros adolescentes. Además, se espera conocer qué factores de riesgo y protección pronostican su evolución con el fin de encontrar el perfil clínico con más probabilidad de reincidir y así focalizar los recursos en aquellos pacientes de más riesgo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!). Guidance to support country implementation. WHO.
2. Christopher J. An exploratory randomised trial of a simple, brief psychological intervention to reduce subsequent suicidal ideation and behaviour in patients admitted to hospital for self-harm. *BJP* 2016, 208:470-476.
3. Hossein H. Postcards in Persia: randomised controlled trial to reduce suicidal behaviours 12 months after hospital-treated self-poisoning. *BJP* 2011, 198:309-316.

## P29 MANIFESTACIONES PSIQUIÁTRICAS EN LA DUPLICACIÓN CROMOSÓMICA 16P 11.2: A PROPÓSITO DE UN CASO.

*Pardo Guerra María; Sesé Bartoll Elena; Aguilar Fernández Alfredo; Pàmias Massana Montserrat  
Hospital Parc Taulí; Hospital General Castellón;  
Hospital Parc Taulí; Hospital Parc Taulí*

**Introducción:** La alteración cromosómica 16p 11.2 aunque es infrecuente (delección 0.04%, duplicación 0.05%; Stefansson et al.2014) representa el 1% de las cromosomopatías ligadas al Trastorno del Espectro Autista (TEA). Estudios previos evidencian la relación de esta alteración con trastornos del neurodesarrollo y otras manifestaciones psiquiátricas: TEA (Sanders et al. 2011; Girirajan et al. 2013), Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), discapacidad intelectual (DI), trastorno del aprendizaje y del lenguaje, esquizofrenia y depresión. El tratamiento es sintomático.

**Material y métodos** Los datos han sido extraídos de la estación de trabajo clínica HP HCIS (CSPT).

**RESULTADOS** Varón de 7 años diagnosticado de duplicación 16p 11.2 de 1Mb de longitud, trastorno del lenguaje y DI que inicia seguimiento en Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) con psicología en 2017 por alteraciones conductuales. Como antecedentes destaca crecimiento uterino retardado con oligoamnios y retraso del lenguaje, siendo derivado a Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (CDIAP) con 3 años donde se objetivan deficiencias en la reciprocidad socioemocional, comunicación no verbal y psicomotricidad fina; DI leve, rigidez cognitiva, presencia de estereotipias motoras (aleteo) y juego no simbólico. Se administraron diversas pruebas complementarias siendo significativas: escalas Conners y CBCL en alteración del pensamiento (PT 71); Escala de Respuesta Social (SRS) (PT > 60) en manierismos y en conciencia, cognición y comunicación social; Entrevista ADI-R en interacción social recíproca (10), comunicación (10) y cerca de la significación (2) en patrones de conducta restrictivos, repetitivos y estereotipados; Entrevista ADOS puntuó 8 (espectro autista). Dada la evolución y las pruebas



complementarias, se diagnostica (DSM 5) de TEA grado 1 con déficit intelectual, deterioro del lenguaje, asociado a una afección genética (duplicación 16p 11.2), TDAH y trastorno del comportamiento. Debido a las conductas heteroagresivas e impulsividad inicia tratamiento con risperidona (0.75mg/día) con mejoría inicial. Se disminuye risperidona por hiperprolactinemia 3 meses después. Con la orientación diagnóstica de TDAH, se inicia metilfenidato de liberación inmediata (10mg/día) con efecto rebote y mala tolerancia, por lo que finalmente se retira y se introduce aripiprazol (10mg/día) con mejoría progresiva.

**CONCLUSIONES** Los diagnósticos presentados coinciden con la literatura publicada. Se trata de una cromosomopatía poco prevalente cuyas manifestaciones psiquiátricas son de especial relevancia. Es importante la filiación genética de los pacientes con TEA para el conocimiento, difusión y manejo de futuros casos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Green Snyder L, et al. Autism Spectrum Disorder, Developmental and Psychiatric Features in 16p11.2 Duplication. *Autism Dev Disord* (2016) 46:2734–2748.

## P30 IMPLICACIONES CLÍNICAS DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

*Menéndez Cuiñas Inés; Rojo Tejero Natalia; Rodríguez Blanco Lucía*

*Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz;  
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz;  
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz*

**Introducción:** Actualmente se estima una prevalencia del TDAH de entre el 3 y el 10% de la población escolar, existiendo cierto consenso en torno a un 5%. Ante la posibilidad del sobrediagnóstico del TDAH, varios autores señalan la necesidad de hacer un adecuado diagnóstico diferencial entre éste y otros cuadros clínicos que puedan verse enmascarados por dicha etiqueta. A continuación se presenta un caso a través del cual se pretende reflexionar sobre la importancia de un adecuado diagnóstico diferencial con el fin de evitar prácticas iatrogénicas que puedan interferir en el abordaje de un caso.

**Método:** Evaluación clínica de una niña de 12 años que acude a consulta de salud mental derivada de Pediatría por dificultades atencionales y problemas para dormir.

• Antecedentes: Diagnosticada de TDAH a los 5 años en Neuropediatría y en tratamiento farmacológico desde los 8 años con Equasyn y Concerta, sin eficacia en el control de los síntomas.

• Acontecimientos vitales estresantes:

- 5 años: presencia cómo unos ladrones intentan irrumpir en su hogar estando su madre y hermanos pequeños presentes. Sin posterior elaboración emocional de lo vivido.

- 6 años: aborto espontáneo de la madre en avanzado estado de gestación.

• Sintomatología actual:

- Ansiedad manifiesta.

- Miedos generalizados que dificultan autonomía.

- Miedo a dormir sola y sonambulismo ocasional.

- Dificultades en las relaciones sociales.

- Problemas atencionales en ámbito escolar y familiar.

- Obsesiones y rituales.

- Autoconcepto negativo.

**Resultados:** En este caso, el diagnóstico de TDAH no parece explicar la totalidad de la sintomatología presentada e, incluso, podría estar ensombreciendo las repercusiones en el funcionamiento psicológico de eventos traumáticos no elaborados. Otro dato que apoya esta hipótesis es la ineficacia en el control de los síntomas del tratamiento farmacológico prescrito.

**Conclusión:** Casos como este hacen necesaria la reflexión sobre la importancia de una exploración detallada previa a un diagnóstico, teniendo en cuenta la sintomatología referida y aquellos factores contextuales que pueden relacionarse con la misma, dado que la hipótesis diagnóstica nos guiará hacia una u otra línea de intervención.

Varios autores señalan la necesidad de hacer un adecuado diagnóstico diferencial entre el TDAH y otros trastornos, como TEPT, trastornos de ansiedad o las repercusiones de vivir en un entorno caótico o desestructurado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Brown, N. et al. (2014). Associations Between Adverse Childhood Experiences and ADHD



Diagnosis and Severity. Academic Pediatrics, Volume 17, Issue 4 , 349 - 355

## P31 TRASTORNO DE DESREGULACIÓN DISRUPTIVA DEL ESTADO DE ÁNIMO. REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO

Rodrigo Gutiérrez Ana Cristina  
HVL Cuenca

**Introducción:** El desorden disruptivo de la desregulación del humor (DMDD), un recién llegado a la nosología psiquiátrica, aborda la necesidad de la clasificación y del tratamiento de los niños que exhiben irritabilidad episódica crónica y estallidos severos de rabia. En los últimos años, muchos de estos niños han sido diagnosticados con trastorno bipolar, a pesar de la falta de distintos episodios de humor.

**Material y métodos:** Revisión bibliográfica. Descripción de un caso mediante recogida de información de la historia clínica y exploraciones psicopatológicas y pruebas complementarias.

**Resultados:** Mujer que acude a la USMIJ a los 8 años de edad por inquietud, impulsividad y enfados frecuentes. Los síntomas empezaron antes de la separación de sus padres, que se produjo dos años antes. Parece que siempre está enfadada, las discusiones con amigas y hermanos son continuas. Reacciones de agresividad desproporcionadas. Episodios recortados de pseudoalucinaciones auditivas de carácter imperativo. Los síntomas causan gran malestar tanto en la paciente como en su familia.

Se estableció el diagnóstico diferencial con TDAH (escalas negativas), TND (en la irritabilidad no se observaba clara oposición), T. Bipolar (episodios depresivos pero ninguno maniaco o hipomaniaco).

Se inició tratamiento con metilfenidato y posteriormente sertralina con lo que mejoraron los síntomas temporalmente, luego reaparece el ánimo depresivo, enfados e irritabilidad. Entonces se pauta un neuroléptico atípico a dosis bajas bien tolerado y con lo que se encuentra asintomática. Al intentar retirarlo, reaparecieron los episodios descritos.

Además recibió una terapia cognitiva-conductual individual dirigida a enseñarle cómo regular mejor su

estado de ánimo y mejorar su tolerancia a la frustración. Le enseñaron habilidades de afrontamiento para regular su enojo y para identificar y reetiquetar las distorsiones que contribuyeron a sus reacciones hostiles.

**Conclusiones:** El diagnóstico diferencial del DMDD depende de la caracterización de los arrebatos irritables del humor. La diferenciación entre el trastorno bipolar y el DMDD se basa en que este último se caracteriza por irritabilidad y estado de ánimo depresivo crónicos, mientras que en el trastorno bipolar son episódicos.

Al tratarse de una entidad nosológica de reciente aparición (DSM-5), aún no disponemos de guía o consenso terapéutico. Se realiza tratamiento sintomático individualizado.

## BIBLIOGRAFÍA

Ellen Leibenluft. Irritability and Disruptive Mood Dysregulation Disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.

Amy Krain Roy, Ph.D., Vasco Lopes, Psy.D., Disruptive Mood Dysregulation Disorder: A New Diagnostic Approach to Chronic Irritability in Youth. The American Journal of psychiatry. September 2014.

## P32 DÉFICIT DE ATENCIÓN EN SÍNDROME DE APERT DESCRIPCIÓN DE UN CASO

Rodrigo Gutiérrez Ana Cristina  
HVL Cuenca

**Introducción:** El síndrome de Apert, descrito en 1906 por Eugène Apert, un médico francés. Describe a nueve pacientes que comparten atributos y características similares. Llamado acrocefalosindactilia. Se trata de un trastorno genético autosómico dominante debidos a un cambio de una citosina por una guanina en la posición 755 en el gen FGFR2. Cursa con craneosinostosis que produce braquiocefalia por cierre prematuro de la sutura coronal.

**Material y métodos:** Revisión bibliográfica. Descripción de un caso mediante recogida de información de la historia clínica y exploraciones psicopatológicas y pruebas complementarias.

**Resultados:** Mujer de 8 años que acude a la Unidad



de Salud Mental Infanto-Juvenil por recomendación del colegio al sospechar déficit de atención. Se despista, no atiende las explicaciones del profesor, parece que está “en su mundo”. Aunque aprueba las asignaturas en el último curso han bajado las notas.

Impresiona el aspecto físico: Aplanamiento fronto-occipital, acrobraquicefalia, microendotropia con hipertrofia del ojo derecho, hipoplasia de moderada del tercio medio facial con hipoplasia maxilar, estrabismo, hipertelorismo, fisuras palpebrales inclinadas hacia abajo, y proptosis, puente nasal hundido y septo nasal desviado. Alteraciones dentales con impactación y amontonamiento. Hendidura del velo del paladar. Presenta también pérdida leve de audición por otitis repetidas. Describen malformaciones cardíacas: ductus persistente.

Afectación de la cintura escapular y sindactilia total de las manos y los pies. Cuando acude a la consulta se observan las cicatrices de las intervenciones de las manos. Es capaz de manejar el lapicero, pero le cuesta realizar actividades básicas como ponerse la chaqueta o las zapatillas.

Presenta capacidad intelectual media-baja. Aunque ha repetido un curso por las frecuentes intervenciones quirúrgicas, el aprendizaje es adecuado, sigue el ritmo de los compañeros. (En estos pacientes es frecuente la discapacidad intelectual moderada o grave).

Refieren estereotipias como dar palmas o aleteos con las manos.

**Conclusiones:** La incidencia del síndrome de Apert es de 1/100.000 - 1/160.000 en nacidos vivos.

Se asocia frecuentemente con discapacidad intelectual, pero la atención en Salud mental no es habitual. En este caso se observa déficit de atención sin hiperactividad y baja autoestima asociada a sus malformaciones físicas. Dificultad para hacer amigos debido a su aspecto.

## BIBLIOGRAFÍA

1. - Hoyos Serrano, M. Síndrome de Apert. Revista de actualización clínica. Vol 46; pg 2452-2456. (2014).
2. - Sarimski, k. Social adjustment of children with Apert syndrome. Child: care, health and development. Vol. 27, pg. 583-590 (2001).

## P33 INSTRUMENTOS PARA EVALUAR LA COPARENTALIDAD: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

*Mollà Cusí Laia; Günther Bel Cristina; Vilaregut Puigdesens Anna; Campreciós Orriols Meritxell; Matalí Costa Josep Lluís*

*Hospital Sant Joan De Déu; Universitat Ramon Llull; Universitat Ramon Llull; Hospital Sant Joan De Déu*

**Introducción:** La coparentalidad, definida como la dinámica relacional interparental dedicada al cuidado de los hijos, ha sido reconocida como una dimensión independiente, diferenciada de la parentalidad individual -entendida como la interacción de cada padre con su hijo- y de la relación de pareja o marital. Hay evidencias de que la coparentalidad es un factor clave ligado al ajuste parental, a la calidad parental y al bienestar psicológico de los hijos. Actualmente, la coparentalidad adquiere mayor relevancia cuando evaluamos la salud mental de los niños y adolescentes, teniendo en cuenta tanto el incremento de separaciones y divorcios, como la mayor diversidad de estructuras familiares, como las homosexuales y monoparentales.

**Objetivo y método:** El objetivo de este trabajo es el de identificar los instrumentos existentes basados en la evidencia que incluyan la evaluación de la coparentalidad.

Siguiendo los criterios PRISMA para la realización de Revisiones Sistemáticas, se incluyeron los instrumentos que evaluaban la coparentalidad en familias con niños y adolescentes. Los criterios de inclusión fueron: (1) que los instrumentos evaluaran la coparentalidad, (2) que estudiaran que las propiedades psicométricas del instrumento, (3) que el estudio estuviera publicado antes de septiembre de 2017.

Los estudios se identificaron a través de una revisión sistemática de las bases de datos electrónicas PsycINFO, Web of Science y Pubmed, y en artículos referenciados. Los términos de búsqueda incluidos en el título, abstract y palabras clave fueron: assessment, evaluation, questionnaire, inventory, co-parent\* y coparent\*. De los 868 registros identificados, 35 artículos fueron evaluados para su inclusión. De ellos, 16 instrumentos fueron seleccionados siguiendo los criterios de inclusión.



**Resultados:** Se identificaron 16 instrumentos que incluyen la evaluación de la coparentalidad. La mayoría son cuestionarios autoinformados, aunque también hay medidas observacionales. Estos incluyen la evaluación tanto de familias clásicas como con progenitores separados, con mínimo un hijo en común. Miden diferentes dimensiones, tales como el conflicto parental, la triangulación, la satisfacción conyugal o la adaptación al divorcio. Se incluirá una tabla con los instrumentos, autores y características de los mismos.

**Conclusión:** Estos instrumentos sólo incluyen algunos aspectos de la relación coparental y no incluyen otras relaciones familiares como la parentalidad. Por tanto, ninguno permite la evaluación completa de las distintas relaciones familiares básicas. En consecuencia, las medidas disponibles no permiten la evaluación de nuevas estructuras familiares.

Es necesario un instrumento que incluya la evaluación de todas las relaciones familiares básicas y que permita la evaluación de diferentes estructuras familiares, como aquellas en las que los progenitores están separados.

### P34 ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DE LA VERSIÓN AUTOADMINISTRADA DEL SPENCE CHILDREN'S ANXIETY SCALE (SCAS-N) EN MUESTRA CLÍNICA: VALIDEZ, FIABILIDAD Y ESTRUCTURA FACTORIAL

*Forcadell Eduard; Medrano Laura; García De Miguel Berta; Romero Miguel; Lázaro Luisa; Lera-Miguel Sara*  
Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil,  
Hospital Clínic Universitari, Barcelona

**Introducción:** Los trastornos de ansiedad en población infanto-juvenil son uno de los grupos de trastornos más prevalentes (15-20% en la población general, Beesdo et al., 2009). Uno de los instrumentos más empleados en la evaluación de la ansiedad infanto-juvenil es el Spence Children's Anxiety Scale (SCAS, Spence, 1997).

El objetivo del presente trabajo era evaluar las propiedades psicométricas y la estructura factorial de la versión española autoadministrada del SCAS-N en población clínica.

**Material y métodos:** El SCAS-N es un cuestionario

para niños y adolescentes (7-19 años) sobre síntomas de ansiedad. Consta de 6 subescalas: angustia y agorafobia, ansiedad por separación, miedo al daño físico, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo y ansiedad generalizada.

Se administró la entrevista clínica semi-estructurada sobre trastornos de ansiedad ADIS-C/P y cuestionarios clínicos (Youth Self-Report, Achenbach y Rescorla; Children's Depression Inventory, Kovacs; Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders, Birmaher et al). La muestra final estuvo formada por 130 participantes, de los cuales 26 rellenaron el test-retest del SCAS-N antes de un mes. Se calculó el alfa de Cronbach para la consistencia interna y correlaciones de Pearson para evaluar la fiabilidad test-retest así como la validez convergente y discriminante. La estructura factorial se analizó utilizando el método de extracción varimax.

**Resultados:** La versión española del SCAS-N mostró una excelente consistencia interna (alfa de Cronbach = .89) y una muy buena validez convergente (correlación con el SCARED ( $r=.64$ ,  $p<.001$ ), con la escala de trastornos de ansiedad del YSR ( $r=.40$ ,  $p=.007$ ) y con la escala de síntomas internalizantes del YSR ( $r=.47$ ,  $p=.001$ )). El SCAS-N también correlacionó significativamente con dos de las tres puntuaciones que medían síntomas depresivos y externalizantes, indicando así una baja validez discriminante. La fiabilidad test-retest fue adecuada, ya que las puntuaciones iniciales del SCAS-N correlacionaron significativamente con las puntuaciones obtenidas antes de transcurrir 30 días ( $r$  entre .64 y .86).

El análisis factorial reveló una estructura de 6 factores que explicaban el 52% de la varianza total, siendo los 3 primeros factores (trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social y ansiedad por separación) los más puros y homogéneos.

**Conclusiones:** La versión española del SCAS-N para población clínica es un instrumento válido y fiable que permite detectar adecuadamente sintomatología de ansiedad en niños y adolescentes, aunque no se replica la estructura de seis factores del cuestionario original. La presencia de elevada comorbilidad con trastornos externalizantes de nuestra muestra clínica explicaría la baja validez discriminante observada.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. (2009). Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 483-524. doi: 10.1016/j.psc.2009.06.002
2. Spence, S. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(2), 280-297. <http://dx.doi.org/10.1037//0021-843x.106.2.280>

## P35 COMPARACIÓN DE PERFILES PSICOPATOLÓGICOS ENTRE PACIENTES CON O SIN CONDUCTA AUTOLESIVA EN RÉGIMEN DE HOSPITALIZACIÓN PARCIAL

*Fuentes Menchaca Nuria; Majo Garriga Laia; Lara Lloveras Anais; Fernández Martí Marta; Buxo Laura; Borrell Comellas Olga; Autet Puig Aurea*  
Divisió De Salut Mental. Servei De Salut Mental Infantil I Juvenil. Althaia, Xarxa Assistencial I Universitària De Manresa

**Resumen:** Introducción: En los últimos años se ha observado un incremento en las conductas autolesivas en pacientes que acuden a los servicios de salud mental infanto-juvenil. Una conducta autolesiva se define como toda conducta deliberada destinada a producir daño físico directo en el cuerpo sin intención de provocar la muerte. Las conductas autolesivas no constituyen una patología en sí mismas, sino son un síndrome posible de ser encontrado en diversas patologías psiquiátricas.

El objetivo principal es establecer las similitudes o diferencias entre los pacientes en régimen de hospitalización parcial con o sin conductas autolesivas.

**Material y método:** Se trata de un estudio transversal, retrospectivo y descriptivo. La muestra se ha obtenido de los pacientes ingresados en Hospital de Día de Adolescentes de Salud Mental de Manresa entre los años 2015 y 2017. La muestra consta de 113 pacientes de entre 12 y 18 años. Se recogen datos sociodemográficos, variables clínicas (motivo de ingreso, diagnóstico

principal, consumo de tóxicos) y se evalúa el perfil de personalidad mediante el cuestionario 16PF APQ y las variables clínicas de ansiedad y depresión con las escalas STAI/STAIC y BDI/CDI respectivamente.

**Resultados:** De nuestra muestra, 67 pacientes presentaron autolesiones durante el ingreso en Hospital de Día. De éstos, la mayoría fueron chicas, estudiantes de la ESO. El tipo de autolesión más frecuente es cortes en antebrazos. Las autolesiones no son el motivo de ingreso en la mayoría de los casos ni correlacionan con ningún diagnóstico específico. La ansiedad es la variable más asociada a la conducta autolesiva.

**Conclusiones:** No hay un perfil psicopatológico específico que diferencia pacientes con o sin conducta autolesiva. Teniendo en cuenta el incremento de la prevalencia de las conductas autolesivas, se pone de manifiesto la necesidad de seguir investigando sobre este tema para poder tener más conocimiento sobre las variables que afectan estas conductas.

## P36 TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO: COMORBILIDAD DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

*Ruiz Lázaro Pedro Manuel; Díez Martín Teresa Irene; Pascual Oliver Miguel; González Monsegur Dolores; Aso Gracia Carmen; Gotor Reula Paloma; Berbiela Bustamante Lola*

*Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa Zaragoza; Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa Zaragoza; Hospital Universitario Miguel Servet Zaragoza; Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa Zaragoza; Hospital Clínico Universitario Lozano*

**Introducción:** Las investigaciones sugieren que la presentación aislada del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es poco frecuente. Se encuentran tasas de comorbilidad de hasta el 85% en muestras clínicas. Los problemas que más se asocian son: dificultades en el aprendizaje, trastornos de conducta, malestar emocional con predominio de síntomas ansiosos-depresivos y relaciones familiares disarmónicas.

Las alteraciones comórbidas se manifiestan de forma distinta dependiendo del género. Los niños presentan con



168

una mayor probabilidad trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta y depresión mayor. Mostrando en el ámbito académico un mayor número de conductas disruptivas. Por el contrario, las niñas son menos agresivas e impulsivas, presentando menos trastornos de conducta y un mejor rendimiento escolar.

**Objetivos:** Aproximarnos a una patología probablemente en alza en la población infantil mediante la revisión de un caso.

**Material y métodos:** Se realiza entrevista clínica diagnóstica y se administra el Cuestionario de cribado del TDAH infantil, SNAP-IV y EDAH. Se lleva a cabo la evaluación neuropsicológica mediante la aplicación de diversas pruebas: Escala de inteligencia WISC-IV, Test de Colores y Palabras (STROOP), Test de Caras y Test del Trazo A y B (TMT A y B). Se continúa la evaluación con la Escala de Autoestima de Rosenberg y el Cuestionario de depresión infantil CEDI- II.

**Resultados:** La entrevista clínica revela síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, conducta disocial y bajo rendimiento escolar.

El WISC-IV muestra una capacidad intelectual normal-alta. En cuanto al test STROOP, el efecto de la interferencia color-palabra es alto. En el test de Caras, el índice de control de impulsividad es deficiente. En relación al TMT A y B, se objetiviza una atención focalizada pobre y una atención sostenida deficiente. La entrevista clínica y el cuestionario de depresión, muestran síntomas de depresión ligera, puntúa por debajo de la media en la variable autoestima.

**Conclusiones:** La entrevista clínica y los diferentes instrumentos utilizados revelan la existencia de TDAH con un trastorno de conducta comórbido. Coexisten síntomas de depresión que no han alcanzado el diagnóstico de trastorno de depresión mayor.

Se enfatiza la importancia de una evaluación y de un diagnóstico diferencial por las repercusiones que conlleva en los distintos ámbitos.

### P37 APEGO Y ABSENTISMO ESCOLAR

Poza Cano María Belén; De Cós Milas Ana; García Moreno María; García López Raquel; Roca Guijarro

*Inmaculada; Martín López María Del Sol; Otero Pérez Francisco José*  
*Hospital Universitario El Escorial*

**Introducción:** Analizamos varios casos de pacientes que cursando enseñanza obligatoria son incapaces de acudir a su centro escolar durante largos períodos de tiempo. Son menores que acuden a salud mental por clínica muy diferente pero con la característica común de no poder acudir a clase como consecuencia de sus síntomas.

**Material y métodos:** Mediante entrevistas individuales y familiares valoramos 8 casos de pacientes que fueron derivados al Centro de Salud Mental por diferentes alteraciones psicopatológicas en las que el absentismo era supuestamente consecuencia de dicha patología, pues se suponía que los menores en cuestión no eran capaces de acudir a sus centros escolares por presentar síntomas ansiosos o depresivos que les impedían tal fin.

Todos los casos fueron derivados de manera preferente. Una chica acudió con diagnóstico de cuadro conversivo, otro de fobia social, tres por somatizaciones, dos con clínica prepsicótica y la última por cefaleas sin causa orgánica.

En todos los casos se inició tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. Los menores siempre negaron tener problemas con los compañeros o los profesores de sus centros escolares y verbalizaban su deseo de volver al ámbito escolar y poder finalizar sus estudios.

**Resultados:** En las entrevistas familiares nos encontramos con que 4 de nuestros pacientes eran hijos únicos y los otros 4 sólo tenían otro hermano (dos de ellos eran mellizos entre sí, ambos en tratamiento). Siempre nos encontramos con madres solas en la crianza, 4 de ellas divorciadas y otras 3 que a pesar de estar casadas asumían la crianza sin apoyo del padre. Las madres insistían en la gravedad de los síntomas de los menores sin dar tanta importancia al hecho de que sus hijos faltasen a clase.

En estos 8 pacientes pudimos observar un vínculo anómalo con sus progenitores: relación simbiótica con las madres y muy distante afectivamente con los padres.

**Conclusiones:** La teoría del apego nos enseña la



importancia de establecer un vínculo de seguridad con nuestras madres como base para un desarrollo óptimo de nuestra personalidad. Así mismo, es necesaria la aparición de un tercero, generalmente el padre, como paso intermedio entre la seguridad materna y el mundo social. Sin estas bases los procesos de individuación y socialización se verán seriamente afectados.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida. J. Bowlby. Ediciones Morata, S.L. Madrid, 2006.
2. De la familia al individuo: la diferencia del sí mismo en el sistema familiar. Murray Bowen. Paidós, Barcelona, 1998.

### P38 INFLUENCIA DE LA DESREGULACION EMOCIONAL EN LA PRESENTACION CLINICA DE LOS SINTOMAS NUCLEARES DEL TRASTORNO ESPECTRO AUTISTA

*Guijarro Silvina; Salgado Marta; Ordeig Maria Teresa; Amaro Antonia; Bigorra Aitana; Hervas Amaia  
Hospital Universitario Mutua De Terrassa*

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) son un grupo de trastornos del neurodesarrollo que se caracterizan por presentar problemas en la comunicación, en la sociabilidad y comportamientos repetitivos; que en el 60% de los casos, se asocian a otros trastornos mentales.

Recientemente se ha descrito como la presencia de Desregulación Emocional afecta a la presentación clínica de dicho trastorno. De forma que aquellos sujetos con Desregulación Emocional presentan mayores comportamientos repetitivos y problemas sociales. Se ha sugerido que los problemas de Desregulación Emocional en TEA, son causa de problemas comportamentales graves y un posible factor de riesgo de presentar otro trastorno mental, aunque esta hipótesis no ha sido estudiada.

Con el objetivo de ampliar el conocimiento en esta área, el presente proyecto tiene como meta evaluar en una muestra de sujetos con TEA las diferencias en la presentación clínica de la sintomatología propia del TEA y la comorbilidad con otros trastornos mentales en función de la presencia de Desregulación Emocional

**Material y metodo:** Se ha realizado un estudio transversal en una muestra clínica de 40 pacientes con diagnóstico de TEA, según criterios DSM-5, que acuden a CSMIJ de Terrassa y Sant Cugat. Todos los pacientes han sido evaluados a través de las herramientas diagnósticas ADIR, ADOS, pruebas de capacidad intelectual y los cuestionarios Child Behavior Checklist (CBCL) y la escala Conners para padres. La presencia de problemas de Desregulación emocional se ha evaluado a través del Índice de Desregulación Emocional (EDI) del Child Behavior Checklist (CBCL).

**Resultados:** Se observa que un 79% de la muestra cumple criterios de Desregulación emocional según el EDI. Entre las dos muestras TEA a comparar no se han observado diferencias significativas en sexo ni edad. En el análisis de sintomatología TEA, el grupo con Desregulación presenta de forma significativa mayor puntuación en la escala de conductas repetitivas del ADIR, sin encontrarse diferencias en otras escalas, subescalas ni en el ADOS. Al evaluar sintomatología no TEA, se observa que de forma significativa los sujetos con Desregulación presentan mayor puntuación en las escalas de: Problemas de Aislamiento, Ansiedad/Depresión, Inatención, Conducta Agresiva y Conducta Delictiva del CBCL y Problemas de Oposicionismo según la Escala Conners.

**Conclusiones** Los pacientes TEA con el perfil de Desregulación presentan mayor sintomatología repetitiva y estereotipada y mayor comorbilidad con problemas de aislamiento, ansiedad, depresión y problemas de conducta.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Samson AC et al. Emotion dysregulation and the core features of autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord.* 2014 ;44(7):1766–72.

### P39 BOTELLÓN Y ADOLESCENCIA: ¿INFLUYE EL GÉNERO EN EL CONSUMO DE ALCOHOL DE RIESGO?

*Anupol Barcebal Joella; Gervilla García Elena; Mut Villanueva Irene; Riera Negre Laia; Reus Reynés Pedro; Cajal Blasco Berta; Jiménez López Rafael  
Universidad De Las Islas Baleares*



**Introducción:** El consumo de alcohol se ha normalizado entre la población adolescente y constituye un problema debido a las consecuencias a nivel social, sanitario y comunitario. Según la última Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España, en Baleares el consumo supera la media nacional: más del 67.5% de los adolescentes han consumido alcohol y más del 22.2% ha presentado episodios de borrachera en el último mes. Asimismo, el consumo de alcohol empieza a aumentar a partir de la adolescencia media (15 años). Destaca también la ingesta de alcohol en las mujeres, que ha aumentado progresivamente y los riesgos derivados de éste. El objetivo de este estudio es analizar el uso de alcohol en espacios públicos en la adolescencia y su relación con el género e indicadores de riesgo.

**Material y método:** La muestra de este estudio estuvo formada por 216 adolescentes que estaban haciendo botellón en espacios públicos en Palma (55,6% mujeres). Tenían una edad media de 17.8 años (SD=1.33). Se recogió información objetiva sobre el consumo de alcohol mediante alcoholímetros (tasa en aire espirado, mg/L). Por otra parte, en 50 de estos adolescentes se administró además el Test de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT).

**Resultados:** La puntuación mediana en alcohol espirado fue de 0.126 mg/L (rango: 1.783). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del género (U de Mann-Whitney:  $Z = -.861$ ;  $p = .389$ ). La puntuación mediana en AUDIT fue de 6 puntos. Tampoco se encontraron diferencias en estas puntuaciones en función del género (U de Mann-Whitney:  $Z = -.216$ ;  $p = .829$ ). En cuanto al consumo de riesgo, el 78.1% de los adolescentes consultados indicó que realiza binge drinking (consumo de 5 o más copas en una sesión) y un 37.6% no pueden parar de ingerir alcohol cuando empiezan a beber.

**Conclusiones:** Este estudio pretende contribuir a la generación de conocimiento relevante sobre el consumo de alcohol en los adolescentes, a partir de una medida fiable del consumo en situación natural así como la evaluación de factores psicosociales y sociodemográficos. Los datos indican que no hay diferencias de género en cuanto al consumo de alcohol en la adolescencia. Por otro lado, la ingesta de alcohol observada supone un riesgo para el

desarrollo del adolescente, en una etapa especialmente delicada del desarrollo en la que legalmente el consumo no está permitido.

#### P40 ELABORACIÓN DE TABLA PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DEL AUTISMO EN CONSULTA PEDIÁTRICA. SATEA-GI

*Rivera Abello Helena; Fortea Emilio; Vendrell Sandra; Corominas Pilar; Roca Margarita; Lombardía Fernandez Cristina; Martorell Giner Neus*  
Institut Assistència Sanitària (IAS), Girona; Institut Assistència Sanitària (IAS), Girona; CDIAP Fundació Ramón Noguera; CDIAP Dept. Trabajo, Asuntos Sociales y familia; Dept. educación; Institut Assistència Sanitària (IAS), Girona; Institut Assistència Sanitària (IAS), Girona

**Introducción:** en el contexto de un trabajo interdepartamental (salud, educación y bienestar social) se promovió la creación de una tabla de indicadores para la detección precoz del autismo para ser utilizada por los pediatras en las diferentes revisiones por edad programadas. La importancia de la detección precoz ampliamente demostrada permite la pronta implementación de intervenciones específicas y especializadas mejorando el pronóstico.

**Material y Métodos:** Trabajo conjunto de 12 profesionales de diferentes instituciones públicas de atención a la infancia: pediatras, psiquiatras, psicólogos clínicos, psicopedagogos, trabajadores sociales. Inicio del proceso en 2008. El proceso se inició con la realización de una revisión bibliográfica que permitió elaborar aquellos ítems indispensables para el instrumento de screening. En 2010 se elaboró la tabla. Fue validado por la comisión de investigación del IAS, los pediatras aplicaron en dos centros de atención primaria de salud. A partir de esa experiencia se modificaron aquellos ítems que tenían poca concordancia entre administradores de la escala. Debido a la crisis económica el proyecto se vio parado hasta 2016. Se re elaboró la tabla entre 2016 y 2017. Finalmente dos expertos realizaron una revisión de la escala aportando pequeñas modificaciones. Actualmente se ha presentado el proyecto para la validación definitiva que ha sido aprobado por la unidad de investigación del ICS.



**Resultados:** Se muestra la tabla elaborada por el equipo.

**Conclusiones:** Este trabajo ha permitido dos logros relevantes, por un lado la posibilidad de un trabajo interdepartamental entre los diferentes intervinientes en la salud mental infantil y por otro la creación de un instrumento que permitirá una mayor sensibilización a la detección de los TEA en atención primaria. Palabras clave: Trabajo interdepartamental. Detección precoz autismo. Escala valoración.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network(2007) Assessment, diagnosis and clinical interventions for children and young people with autism spectrum disorders. Trevarten, C; Daniel, S (2005) Disorganized rhythm and synchrony: Early signs of autism and Rett Syndrome. Brain Development. 27 Supple1: S25-S34 Cabanyes-Truffino, J. I García-Villamizar, D (2004) Identificación y diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista. Revista de neurología; 39(1): 81-90. Cohen, D.J. i Donnellan, A.M. (eds) (1987) Handbook of autism and Pervasive Developmental Disorders. Nova York: Wiley Elsabbagh, M. And Johnson, M.H.(2007) Infancy and autism: progress, prospects, and challenges a Von Hofsten, C & Rosander, K (Eds.) progress in Brain Research, vol.164. Chapter 20, 355-383. Hernández, J.M. i altres (2005). Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista. Rev Pediatr Aten Primaria. 2006; 8:101-126.

## P41 PECULIARIDADES TEA EN MUJERES: “A PROPÓSITO DE UN CASO”

Sánchez Martínez Joana; Lombardia Fernández Cristina; Rivera Abello Helena  
Ias (Institut D Assistència Sanitària), Girona

**Introducción:** Los trastornos del espectro autista (TEA) son más frecuentes en los varones. Las niñas presentan, en general, síntomas más graves y presentan un desarrollo más precoz en lenguaje, imaginación, juego simbólico y mejores habilidades sociales e

interactúan con mayor facilidad con los demás, aunque tienden a la timidez, pasividad o familiaridad exagerada, aunque las dificultades sociales no se evidencian hasta la adolescencia. Estas características conjuntamente con otros síntomas encubren el diagnóstico, retardando la edad de detección su infradiagnóstico.

**Material y método:** Niña de 10 años remitida urgentemente al centro de salud mental infanto-juvenil por alteraciones de conducta y agresividad hacia adultos, especialmente a su madre. Desde los 7 meses sufre crisis atípicas que han provocado episodios de estatus epiléptico, ingresos hospitalarios y farmacoterapia (Oxcarbazepina y Clobazam). En la RM cerebral (displasia cortical temporal izquierda con “blurring” cortical engrosamiento zonal amígdalar). A nivel psicológico (desde los 2 años ayuda psicoterapéutica por las alteraciones conductuales) Hitos del desarrollo: aparición precoz y bien estructurada del lenguaje, control precoz de esfínteres diurnos. Presencia Juego simbólico (“hace de maestra con el hermano”). Juego cooperativo (le cuesta seguir normas y siempre quiere mandar, le gusta ir con niños mayores). Aprendizaje (dificultad en razonamiento, comprensión lectora, lectura y matemáticas. Ha necesitado reeducación psicopedagógica. Se planteó, en primero de primaria, un déficit de atención). Alteraciones sensitivas (tacto de la ropa, etiquetas,... le molesta que la toquen).

**Resultados:** . SCQ (16), ADOS 3: Comunicación: 2/2. Interacción social recíproca: 9/7. Imaginación y creatividad: 1. Comportamientos estereotipados e intereses restringidos 4. ADI-R: A. Interacción social recíproca 13 (10), B. Comunicación: 6 (8), C. Patrones de conducta restringidos, repetitivos y estereotipados: 9 (3), D. Alteraciones en el desarrollo evidentes a los 36 meses 3 (p 1). TOM: no pasa las pruebas de 1º orden. Fue diagnóstica de TEA.

**Conclusiones:** A igual gravedad, el diagnóstico del TEA, se realiza más tarde en las mujeres, condicionado por sesgos en los referentes (familia, escuela, pediatra) asociado con apreciaciones sociales de su personalidad (estilo relacional poco adecuado). A las niñas se las diagnostica de trastornos mentales que encubren al TEA (déficit de atención, obsesivo-compulsivo, conducta alimentaria, ansiedad, depresión o trastorno de personalidad borderline). Para modificar esta situación,



e identificar y diagnosticar prematuramente el TEA, son precisos instrumentos de evaluación sensibles a las diferencias en ambos sexos remarcando los síntomas nucleares y en qué medida son compartidos o diferenciados. Palabras clave. Autismo. Autismo en las mujeres. Nosología, perfil femenino.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Donna M. Werling, DM. The role of sex-differential biology in risk for autism spectrum disorder. Werling Biology of Sex Differences (2016) 7:58  
Werling DM, Geschwind DH. Sex differences in autism spectrum disorders. Curr Opin Neurol. 2013;26:146–53. Víctor L. Ruggieri, Claudia L. Arberas. Autismo en las mujeres: aspectos clínicos, neurobiológicos y genéticos. Rev Neurol 2016; 62 (Supl 1): S21-S26 Lai MC, Lombardo MV, Auyeng B, Chakrabarti, Baron-Cohen S. Sex/Gender differences in Autism: Setting the Scene for future Research. Journal Of The american academy of child & adolescent psyachyaty. 2015;54 :11-24. Schakwyk GI, Klingensmith K, Volkmar FR. Gender identy ans autism spectrum disorders. Yale Journal of biology nd medicine 2015;88 : 81-84 Head AM, McGillivray JA , Stokes MA. Gender difeferences in emotionality and sociability in children with autism spectrum disorders. Molecular autism, 2014 , 5 :19. Autores: Autor principal: Joana Sanchez Martinez Otros autores : Cristina Lombardia Fernandez Helena Rivera Abello Institución: IAS (institut d Assistència Sanitària), Girona

### P42 PROGRAMA DE HABILIDADES SOCIALES "LA ISLA DE LOS SUPERHÉROES".

*Martín Carballeda Julia; Rodríguez Moya Laura; Chinchurreta De Lora Nuria; Carazo Giménez Sofía Maravillas  
Csm Alcorcón*

Es un programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales y promoción de la Competencia Social, llevado acabo con grupo de niños de entre 8-12 años con dificultades en el establecimiento de relaciones sociales. La importancia de esto grupo radica en el desarrollo y

fomento de las relaciones interpersonales positivas con los iguales y con adultos de su entorno social, facilita la asertividad y la expresión adecuada de emociones, afectos y opiniones, la resolución de forma constructiva y adaptativo de los problemas interpersonales. Se trabaja a través de un formato cognitivo-afectivo y conductual: a través de los componentes motores (contacto visual, comportamiento no verbal, comportamiento verbal), afectivos (expresión de emociones) y cognitivos (expresión de autoinstrucciones positivas). Todo ello basado en un modelo de competencia.

### P43 GUANFACINA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO- EPIDEMIOLÓGICOS Y EFECTOS OBSERVADOS EN PACIENTES TRATADOS EN CENTRO DE SALUD MENTAL DE ALCORCÓN

*Martín Carballeda Julia; Carazo Giménez Sofía; Ruiz Manrique De Lara Gonzalo  
Csm De Alcorcon*

Guanfacina fue comercializada en España a principios del año 2017, autorizada para el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes de 6 a 17 años cuando los estimulantes no son adecuados, no se toleran o han mostrado ser ineficaces. Se debe utilizar como parte de un programa de tratamiento integral del TDAH que generalmente incluye medidas psicológicas, educacionales y sociales. Guanfacina es un agonista adrenérgico alfa2A selectivo. Se trata de una nueva clase de medicamentos para el TDAH, ya que el resto bloquean la recaptación de noradrenalina y/o dopamina en la neurona presináptica y/o aumentan la liberación de estas monoaminas al espacio sináptico Estudio observacional descriptivo llevado a cabo durante un año en pacientes en tratamiento y seguimiento en el Centro de Salud Mental (CSM ALCORCON)

### P44 PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN ATENCIÓN PLENA, EN ADOLESCENTES CON DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE TDAH

*Rodríguez Campos Maria; Zabaleta Andreu Iraia;  
Vázquez De La Torre Paloma  
Ssm Infanto-Juvenil Hospital Fuenlabrada*



**Introducción:** La terapia cognitiva basada en mindfulness (TCBM), se posiciona como una aproximación prometedora para abordar síntomas nucleares en TDAH y otras afecciones relacionadas.

**Material y Métodos:** Describir terapia grupal basada en la TCBM, adaptada a adolescentes, con diagnóstico principal de TDAH.

**Resultados:** La terapia grupal estuvo formada por siete pacientes entre 12 y 16 años, diagnosticados de TDAH según criterios DSM-V, y con respuesta parcial a la farmacoterapia y terapia conductual. El grupo tuvo una adherencia completa, y experiencias subjetivas de eficacia entre los participantes. Fueron siete sesiones semanales, participaron tres terapeutas. Describiremos lo más característico de cada sesión. La sesión primera, constó de una introducción al concepto de mindfulness, explicitando actitud de apertura y no juicio durante la terapia. Se realizó toma de contacto con ejercicio experiencial de atención en la respiración, y como en las siguientes sesiones, terminó con entrega de material para practicar en casa y descripción vivencias en el grupo. La segunda sesión, se inició con breve ejercicio de toma de conciencia respiración, continuando con más ejercicios experienciales, del caminar consciente, comer gominola con atención plena y escáner sensaciones corporales. En la tercera, se introdujo concepto del proceso de estrés y reacción automática. Se realizó discusión con actitud mindfulness en parejas, y ejercicio centrado en el sonido exterior. La cuarta sesión se caracterizó por la realización de los participantes de una escultura con la triada mental, emociones, pensamientos y sensaciones corporales, escenificando un episodio estresante, diferenciando reacción y respuesta, utilizando recurso de atención plena. En la quinta sesión, se introduce ejercicio dinámico, cambiado foco de atención en la respiración, sonido exterior, caminar y comer gominola. La sexta sesión, se centró en trabajar la construcción anclas sensoriales en focos atencionales, desde la invitación de un enfoque a la situación adversa. Se introduce recurso audiovisual para entrenamiento atención plena. En la última sesión, se realizó discusión sobre la consolidación aprendido, ayudándonos de ejercicio experiencial con escultura de la triada dicha. Se hace entrega de objeto transicional tras ejercicio de atención plena con el mismo.

**Conclusiones:** Según La literatura existente, intervenciones basadas en mindfulness para tratar pacientes con TDAH, han mostrado resultados prometedores. Así, los resultados positivos con respecto a la experiencia subjetiva de los pacientes y entorno familiar que han completado esta terapia grupal, animan a continuar explorando las técnicas de TCBM en dicha patología.

## BIBLIOGRAFÍA

- Zindel V., Segal J., Mindfulness-based cognitive therapy for depression. 2nd Edition. The Guilford Press. 2013.

## P45 REDUCCIÓN DE SUPERFICIE Y GROSOR CORTICAL FRONTAL EN EL SEGUIMIENTO A 10 AÑOS DE LA PSICOSIS DE INICIO TEMPRANO

*Ilzarbe Daniel; De La Serna Elena; Baeza Immaculada; Pariente José; Fortea Adriana; Bargallo Nuria; Castro-Fornieles Josefina; Sugranyes Gisela  
Hospital Clínic De Barcelona; Hospital Clínic De Barcelona; Hospital Clínic De Barcelona; Idibaps; Hospital Clínic De Barcelona; Hospital Clínic De Barcelona; Hospital Clínic De Barcelona; Hospital Clínic De Barcelona; Hospital Clínic De Barcelona*

**Introducción:** Se ha reportado una pérdida de volumen de sustancia gris en esquizofrenia (Vita y cols.2012), siendo más pronunciado en las Psicosis de Inicio Temprano (PIT) (Arango y cols.2008). En morfología cortical, un único estudio en PIT ha identificado una mayor pérdida de grosor cortical (GC) con el tiempo (van Haren y cols.2011). Aquí examinamos las medidas de GC y SA en una muestra de PIT con seguimiento a 10 años.

**Material y métodos:** Reclutados durante el primer episodio psicótico, los sujetos con PIT fueron apareados por edad y sexo con controles sanos (CS). Se evaluaron clínicamente y se adquirieron imágenes estructurales T1 de resonancia magnética a nivel basal y en el seguimiento a 10 años. Las imágenes fueron preprocesadas, segmentadas y analizadas con FreeSurfer. Se segmentaron en parcelaciones para extraer los valores



de GC y SA (atlas Desikan-Killiany). Se agruparon por lóbulos (frontal, occipital, temporal, parietal y cingulado), y se construyó un modelo lineal mixto en StataIC13.1 para evaluar el efecto de grupo y tiempo, incluyendo el hemisferio (efecto fijo) y el volumen intracraneal total (covariable).

**Resultados:** 28 sujetos fueron incluidos (13 PIT, 15 CS), tras excluir 9 por baja calidad de imagen. Sin diferencias significativas en edad (PIT=26.9±0.6 vs CS=27.2±0.3) o sexo (%mujeres: PIT=43% vs CS=38%); con los siguientes diagnósticos: trastorno esquizoafectivo (n=5), bipolar (n=3), esquizofrenia (n=2) y otros (n=3).

Se encontró una tendencia a nivel de grupo en el GC global ( $p = .07$ ), significativo para el lóbulo frontal ( $p=.014$ ). PIT mostró menos GC en los giros frontal caudal medio ( $p = .016$ ) y la pars opercularis ( $p=.03$ ) y orbitalis ( $p=.007$ ) del giro frontal inferior. El efecto temporal fue significativo a nivel parietal ( $p=.013$ ) y occipital ( $p = .004$ ) por adelgazamiento del GC en el seguimiento para ambos grupos.

Se evidenció un incremento de SA total ( $p<.001$ ) durante el seguimiento para ambos grupos; específicamente parietal ( $p<.001$ ), temporal ( $p=.009$ ) y occipital ( $p=.003$ ). Se encontró una interacción grupo x tiempo significativa a nivel frontal ( $p=.044$ ) debido a un aumento de SA en CS, y reducción en PIT del cortex orbito-frontal medial a lo largo del tiempo ( $p=.039$ ).

**Conclusiones:** Nuestros resultados son consistentes con literatura previa (Greenstein y cols.2006), reportando reducción del GC frontal en PIT en el seguimiento a 10 años, sin diferencias en regiones temporales (Vita y cols.2012). A pesar del reducido tamaño de la muestra, en nuestro conocimiento es el seguimiento longitudinal más largo de PIT en morfología cortical.

#### P46 EL DIBUJO COMO INDICADOR DE EVOLUCIÓN PSICOPATOLÓGICA. A PROPÓSITO DE UN CASO EN INTERVENCIÓN INTENSIVA EN UN DISPOSITIVO AMBULATORIO

Sipos Gálvez Lourdes; Delgado Campos Alicia María;  
Alcindor Huelva Patricia  
Csm Puente De Vallecas Hospital Infanta Leonor

**Introducción:** Los Test Proyectivos Gráficos (H.T. P.) informan de los aspectos estructurales más básicos del funcionamiento psíquico. Su menor posibilidad de control intelectual los convierte en los primeros detectores de indicadores psicopatológicos y también suelen ser los últimos en ofrecer modificaciones o cambios importantes.

La utilización de técnicas proyectivas permite la evaluación de las modificaciones producidas en el funcionamiento psíquico del paciente derivadas del proceso psicoterapéutico.

En este trabajo se presenta la evolución de un paciente varón de 7 años, incluido en el Programa de Atención a Niños y Adolescentes con Trastorno Mental Grave del C.S.M de Puente de Vallecas.

**Material y método:** Se efectúa la valoración psicodiagnóstica a través del Clinical Global Impression (CGI) y las TPG: Casa, Árbol, Persona; Buck (1995) y Familia imaginada Corman (1961)

Para el estudio del caso con T.P.G. se ha utilizado un procedimiento integrado de análisis, con índices cualitativos y cuantitativos que comprenden los siguientes apartados:

1. Datos de identificación
2. Resumen de la historia clínica. Datos relevantes
3. Actitud frente a la tarea
4. Aspectos formales significativos
5. Indicadores gráficos comunes y específicos

Se realizó una evaluación diagnóstica inicial y un retest al año de la intervención en el programa específico.

**Resultados:** Los resultados muestran una concordancia entre la evolución sintomática y los cambios reflejados en las TPG en la fase de retest, con mejoría significativa en ambos registros

**Conclusiones:** La intervención intensiva en niños en el Programa de Atención al TMG produce una modificación sintomática y también a nivel estructural y de las dinámicas de funcionamiento psíquico que se ve reflejada en los resultados del test-retest de las TPG.

La utilización de TPG permite la evaluación de las modificaciones producidas en el funcionamiento psíquico del paciente derivadas del proceso psicoterapéutico



## BIBLIOGRAFÍA

1. Buck, J.N.(1995). Manual y Guía de Interpretación de la Técnica de Dibujos Proyectivos H.T.P. México: El Manual Moderno S.A.
2. Grassano De Piccolo, E. (2002). Indicadores psicopatológicos en Técnicas Proyectivas. Buenos Aires: Nueva Visión
3. Pérez García, P. P. Ortiz, J. de Felipe, E. Sigüero y S. García (1981) Fibromialgia: fracaso adaptativo y duelo patológico. Estudio con T.P.G. Rev. de la Sociedad Española de Rorschach y Métodos Proyectivos. 21, 39-53

## P47 “YO CREO QUE NO HAGO AMIGAS POR MI ALTURA...”. REVISIÓN DE UN CUADRO DE SOBRECRECIMIENTO.

*Martín Jiménez José María; Quesada Suárez Irene; Fonoll Alonso Montserrat; Moreno Sandoval David; Pereira López Jéssica*  
Servicio Canario De La Salud

**Introducción:** Sotos publicó en 1964 la descripción de un cuadro que calificó como «Gigantismo Cerebral», que se caracterizaba principalmente por exhibir un sobrecrecimiento tanto pre como postnatal, una configuración craneofacial característica, una edad ósea avanzada y un cuadro neurológico no progresivo asociado a retraso en el neurodesarrollo, junto a otras características menores de aparición variable (Sotos 2014).

De etiología genética, el síndrome descrito por Sotos es uno de los trastornos de sobrecrecimiento más comunes, cuya incidencia se estima en 1 de cada 14.000 recién nacidos vivos, no observándose diferencias en cuanto al sexo (Leventopoulos, Kitsiou-Tzeli et al. 2009).

Su diagnóstico se sospecha tras el nacimiento ante la presencia de las características clínicas, y en ciertos casos, la identificación del defecto genético subyacente. Los criterios diagnósticos presentes en los diferentes estudios contemplan las características faciales, sobrecrecimiento (percentil por encima del 97), macrocefalia (circunferencia occipitofrontal por encima del 97), edad ósea avanzada y retraso en el desarrollo (Leventopoulos, Kitsiou-Tzeli et al. 2009).

**Material y método :** Se lleva a cabo una revisión

bibliográfica a través de Pubmed sobre el Síndrome de Sotos, así como la presentación de un caso clínico.

**Resultados:** Se presenta el caso de M., adolescente de 17 años, cuyas características faciales (craneo alargado, frente prominente, hipertelorismo con fisura palpebral antimongoloide, voz nasal, antecedente de paladar ojival y ligero prognatismo), la talla alta, torpeza motriz, manos y pies grandes, la intelectualidad limitada y los trastornos del aprendizaje, junto a la presencia de TEA con dificultades notables de relación, hacen sospechar el Síndrome de Sotos, con presencia de clínica TDAH y TEA.

**Conclusiones:** Ha de resaltarse la importancia de la multidisciplinariedad y el trabajo en equipo, lo cual ha permitido el diagnóstico, aunque tardío, de una patología de origen genético a partir de la expresión conductual del mismo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kurotaki, N., Imaizumi, K., Harada, N., Masuno, M., Kondoh, T., Nagai, T., . . . Matsumoto, N. (2002). Haploinsufficiency of NSD1 causes Sotos syndrome. *Nat Genet*, 30(4), 365-366. doi:10.1038/ng863
2. Leventopoulos, G., Kitsiou-Tzeli, S., Kritikos, K., Psoni, S., Mavrou, A., Kanavakis, E., & Fryssira, H. (2009). A clinical study of Sotos syndrome patients with review of the literature. *Pediatr Neurol*, 40(5), 357-364. doi:10.1016/j.pediatrneurol.2008.11.013
3. Sotos, J. F. (2014). Sotos syndrome 1 and 2. *Pediatr Endocrinol Rev*, 12(1), 2-16.

## P48 ¿Y CÓMO AYUDO A MI HIJO? ANGUSTIA Y RESPUESTA EN FAMILIARES DE PRIMER GRADO DE NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

*Martín Jiménez José María; Quesada Suárez Irene; Fonoll Alonso Montserrat; Moreno Sandoval David; Pereira López Jéssica*  
Servicio Canario De La Salud

**Introducción :** Desde las descripciones llevadas a cabo por Kanner y Asperger de lo que hoy se denominan



«Trastornos Generalizado del Desarrollo» (TGD), es posible hallar alusiones a cómo los comportamientos y particularidades de aquellos niños tenía efectos en sus padres.

Sin embargo, el trato que éstos han recibido a lo largo de la historia resulta, como poco, controvertido, puesto que durante un largo periodo fueron considerados incluso como causantes del cuadro que presentaban sus hijos, sumando más sufrimiento al que ya de por sí experimentaban. Ello tuvo sus consecuencias, de forma que aspectos en los familiares de personas con TGD como el de los estilos de afrontamiento (Pottie and Ingram 2008) y la resiliencia (Bekhet, Johnson et al. 2012) han recibido escasa atención hasta época reciente.

Nuestra Unidad de Salud Mental Comunitaria cuenta con la mayor proporción de sujetos con diagnósticos de TGD de la Isla, y en el trabajo diario con estos pacientes y sus familias se ha podido observar, y sus padres así lo refieren, han presentado dificultades y repercusiones derivadas del diagnóstico y los problemas asociados de sus hijos.

**Material y método:** Estudio de la bibliografía existente y análisis de las respuestas de afrontamiento de los padres de los hijos con el diagnóstico de TGD según la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10ª edición.

**Resultados:** En la siguiente imagen se exponen los resultados en cuanto a las características de la muestra (tanto de los progenitores como de los hijos con TGD), así como en lo referido a los estilos de afrontamiento y nivel de estrés percibido.

**Conclusiones:** Como era de esperar, existe una mayor participación de las madres de los niños con TGD respecto a los padres, tal y como como analizan Johnson y Simpson (2013). En cuanto al estilo de afrontamiento más utilizado por padres y madres, no existiendo diferencias, es la búsqueda de guía y soporte el más empleado. Las diferencias se establecen en los siguientes puestos de la clasificación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bekhet, A. K., Johnson, N. L., & Zauszniewski, J. A. (2012). Resilience in family members of persons with autism spectrum disorder: a review

of the literature. *Issues Ment Health Nurs*, 33(10), 650-656.

2. Bonis, S. (2016). Stress and Parents of Children with Autism: A Review of Literature. *Issues Ment Health Nurs*, 37(3), 153-163.
3. Pottie, C. and Ingram, K. (2008) Daily stress, coping, and well-being in parents of children with autism: A multilevel modeling approach. *Journal of Family Psychology*, 22, 855-864.

## P49 MEDICIÓN DE EFICACIA USANDO EL “CLINICAL GLOBAL IMPRESSION” DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN AL TRASTORNO MENTAL GRAVE EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL EN EL CSM PUENTE DE VALLECAS

*Sipos Gálvez Lourdes; Alcindor Huelva Patricia; Delgado Campos Alicia María  
Csm Puente De Vallecas Hospital Infanta Leonor*

**Introducción:** Desde la práctica clínica de los Centros de Salud Mental Infanto-Juveniles se constata la necesidad de un programa específico para el manejo e intervención en trastornos mentales graves en esta población. Un aumento de la intensificación en los casos más serios se traduce en una mejor evolución del trastorno.

El CGI proporciona una medida global determinada por el médico que tiene en cuenta toda la información disponible, incluido el conocimiento del historial del paciente, las circunstancias psicosociales, los síntomas, el comportamiento y el impacto de los síntomas sobre la capacidad de funcionamiento del paciente.

**Material y metodología:** se pretende estimar la eficacia de este programa de una manera sencilla. Se incluyó a todos los pacientes atendidos en el Programa de Atención al TMG en población infanto-juvenil del CSM. Se realizó una medición al inicio con la utilización del CGI (impresión clínica global) y otra al final de la intervención.

Los criterios para finalizar la intervención específica son la consecución de los objetivos propuestos para el paciente o una mejoría significativa desde el punto de vista sintomático. Se realiza también un análisis de resultados, según patologías y franjas de edad (6-12 años,



y 13-17 años).

**Resultados:** se aprecia una mejoría significativa entre el comienzo de la intervención y el momento del alta. Esta recuperación aparece en las distintas franjas de edad y patologías.

**Conclusiones:** El CGI es una herramienta útil y fácil de adoptar para el clínico en ejercicio. Es un método de cuantificación breve y comprensible que puede facilitar el tratamiento a lo largo del tiempo. Una de las limitaciones de este poster es que solo utiliza este instrumento para la medición de la eficacia.

La intensificación de la intervención clínica (psicológica y psiquiátrica) proporciona una mayor recuperación en esta población. A ello habría que añadir un incremento significativo en la calidad de vida del paciente y sus familiares.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Busner J, Targum SD. The Clinical Global Impressions Scale: Applying a Research Tool in Clinical Practice. *Psychiatry (Edgmont)*. 2007;4(7):28-37.
2. Weiss, B., Harris, V., Catron, T. y Han, S.S. (2003). Efficacy of the RECAP intervention program for children with concurrent internalizing and externalizing problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2):364-74.

## P50 EN LA PERIFERIA DEL MUNDO: “YO SOY MUJER Y TEA”

*Martín Jiménez José María; Quesada Suárez Irene; Fonoll Alonso Montserrat; Moreno Sandoval David; Pereira López Jérica*  
*Servicio Canario De La Salud*

Los Trastornos del Espectro Autista se caracterizan por compartir una serie de características en la interacción social, en la comunicación verbal y no verbal y por presentar de comportamientos repetitivos y estereotipados.

A pesar de los esfuerzos realizados por la clínica e investigación dichos cuadros presentan una notable discrepancia en variables tales como el género siendo este diagnóstico de mayor prevalencia en varones, con

una ratio de 4,3:1 (Fombonne, 2003). Sin embargo cabe destacar la disminución de la ratio en el margen inferior del continuo del funcionamiento, alcanzado una ratio de 2:1 (Dworzynski, Ronald, Bolton, & Happe, 2012).

Esta mayor proporción de varones con diagnóstico de TEA ha conllevado el énfasis en la investigación en ellos, resultando escasa la literatura acorde a las características de la presentación en mujeres.

**Material y métodos:** Análisis de la literatura y de las diferencias en características sociodemográficas, perfil clínico y de funcionamiento de chicas con TEA atendidas en un dispositivo de segundo nivel.

**Resultados:**

Existe una tendencia a la preponderancia de casos hacia el género masculino, y aunque no se observa sintomatología diferencial, existen ciertas peculiaridades a nivel cualitativo.

**Conclusiones:** Los resultados de la revisión arrojan datos en relación a las dificultades en el proceso diagnóstico, las dificultades en el área de la interacción social así como la menor incidencia de intereses restringidos y conductas estereotipadas. En esta línea se ha llegado a sugerir la hipótesis del camuflaje o enmascaramiento para explicar cómo estas peculiaridades de la presentación clínica en mujeres contribuyen a su infradiagnóstico (Head et al., 2014; Kok, Groen, Becke, Fuermaier, & Tucha, 2016).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Dworzynski, K., Ronald, A., Bolton, P., & Happe, F. (2012). How different are girls and boys above and below the diagnostic threshold for autism spectrum disorders? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 51(8), 788-797. doi:10.1016/j.jaac.2012.05.018
2. Fombonne, E. (2003). The prevalence of autism. *JAMA*, 289(1), 87-89.
3. Hartley, S. L., & Sikora, D. M. (2009). Sex differences in autism spectrum disorder: an examination of developmental functioning, autistic symptoms, and coexisting behavior problems in toddlers. *J Autism Dev Disord*, 39(12), 1715-1722. doi:10.1007/s10803-009-0810-8
4. Head, A. M., McGillivray, J. A., & Stokes, M. A. (2014). Gender differences in emotionality



and sociability in children with autism spectrum disorders. *MolAutism*, 5(1), 19. doi:10.1186/2040-2392-5-19

- Kok, F. M., Groen, Y., Becke, M., Fuermaier, A. B., & Tucha, O. (2016). Self-Reported Empathy in Adult Women with Autism Spectrum Disorders - A Systematic Mini Review. *PLoS One*, 11(3), e0151568. doi:10.1371/journal.pone.0151568

### **P51 MALFORMACIÓN DE CHIARI TIPO I, HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL IDIOPÁTICA, TDAH, TEA Y T AFECTIVO TIPO BIPOLAR. DESCRIPCIÓN DE UN CASO**

*Piera Vives Àngels; Del Real Peña Àgata; Varela Casal Paloma; Davi Loscos Eva; Petrizan Aritz; Boix Esther; Jacobowitz Denise; Moreno Sancho Lara; Vilella Vanessa; Berrocal Carmen; Medina Mar; Balcells Roser; Moreira Monica; Cañete Josep  
Hospital De Mataró*

La Malformación de Chiari tipo I se caracteriza por el descenso caudal de las amígdalas cerebelosas a través del foramen magnum. En ocasiones la Malformación de Chiari puede acompañarse de incremento de la presión intracraneal por bloqueo de la circulación del LCR o puede coincidir como una comorbilidad. Diversos estudios han mostrado asociación entre Malformación de Chiari tipo I y un perfil neurocognitivo alterado en tareas relacionadas con el control inhibitorio, la velocidad de procesamiento y la memoria de trabajo, similar al perfil del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y con rasgos TEA, describiéndose como expresión clínica en algunos casos disregulación emocional y descontrol conductual. La comorbilidad de MC-TI con patología afectiva en infancia y adolescencia no está bien descrita en la literatura. En nuestro trabajo, presentamos el caso de un adolescente de 13 años, afectado de Malformación de Chiari T I e intervenido a los 8 años por HTIC benigna con derivación ventrículo-peritoneal y con diagnósticos de TDAH y TEA de base, con mal control sintomático a pesar del tratamiento farmacológico, que presenta un episodio de grave disregulación emocional que inicialmente se relaciona con TEA y TDAH de base pero que cursa con progresiva desinhibición conductual, erotización y sintomatología psicótica. Se rediagnostica como un Episodio Maníaco, mostrando una buena

respuesta a sales de litio y paliperidona. En este caso clínico, el paciente presenta comorbilidad entre trastornos que se han asociado entre ellos en estudios recientes, como son MC-TI, TEA y TDAH, si bien la disregulación emocional se ha debido a un episodio Maníaco Grave, propio de un Trastorno Afectivo tipo Biplar. Así como se ha descrito relación entre TEA, TDAH y T bipolar en población juvenil, en pacientes afectos con MC-TI y con disregulación emocional de difícil control, quizás debería considerarse el diagnóstico diferencial de T afectivo comórbido como se ha descrito en este caso. Más estudios son necesarios.

### **P52 INTERVENCIÓN GRUPAL EN ESTADOS MENTALES DE ALTO RIESGO BASADA EN EL MANEJO DE LAS EMOCIONES**

*Pita De La Vega García Javier; Davi Loscos Eva; Moreira Martínez Mónica; Vilella Carbonell Vanessa; Varela Casal Paloma  
Consorci Sanitari del Maresme. Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Ocata; Consorci Sanitari del Maresme. Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Mataró; Consorci Sanitari del Maresme. Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Ocata; Consorci Sanitari del Maresme. Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Mataró; Consorci Sanitari del Maresme. Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Mataró*

**Introducción:** Mediante el programa de psicosis incipiente se pretende intervenir de forma precoz e intensiva para reducir el impacto personal y social, en personas con edad comprendida entre 14 y 35 años, en: estados mentales de alto riesgo (EMAR), primeros episodios psicóticos y personas en un periodo crítico de 5 años tras el primer episodio.

En lo que concierne a los EMAR, el objetivo consiste en tratar de identificar las manifestaciones prodrómicas de un trastorno psicótico con el fin de evitar la transición a un primer episodio psicótico.

En estos casos, la falta de iniciativa y las dificultades en la relación interpersonal retroalimentan la clínica psicótica y potencian el aislamiento social. Por lo que, una de las intervenciones más recomendadas consiste en la técnica grupal.

La psicoeducación grupal en el manejo de las emociones es una de las herramientas que permite afrontar estrategias de afrontamiento al estrés y aumentar



la autonomía y funcionamiento psicosocial.

El MSCEIT es un test de inteligencia emocional que permite medir la aptitud para identificar, facilitar, comprender y manejar las emociones. Para ello, las puntuaciones obtenidas en el test, se agrupan en diversos rangos: necesita mejorar, aspecto a desarrollar, competente, muy competente y experto.

Este test entiende la inteligencia emocional como dotada por cuatro aptitudes, cada una de ellas constituida por dos tareas: percepción (caras y dibujos), facilitación (facilitación y sensaciones), comprensión (cambios y combinaciones) y manejo (manejo emocional y relaciones emocionales).

#### **Material y métodos**

- Primera entrevista individualizada.
- Realización de 4 grupos, de carácter cerrado, 10 participantes máximo, 8 sesiones.
- Valoración pre y post intervención mediante MSCEIT.

Resultados: Se realizó la medición en un total de 16 pacientes de 17 años.

#### **Conclusiones**

- La psicoeducación en las emociones en EMAR permite mejorar los procesos de percepción, facilitación, comprensión y manejo emocional.
- La intervención grupal permite la obtención de resultados satisfactorios en EMAR.
- Existe una limitación respecto a la valoración de inteligencia emocional en determinados rangos de edad infanto-juvenil.

#### **Bibliografía**

1. Gumley, Andrew; Schwannauer, Matthias. Volver a la Normalidad después de un trastorno psicótico. Un modelo cognitivo-relacional para la recuperación y la prevención de recaídas. 1ª ed. Desclée de Brouwer; 2008.
2. Cabello González, Rosario; Castillo Gualda, Ruth; Rueda Gallego, Pilar; Fernández-Berrocal, Pablo. Programa Intemo. Mejorar la inteligencia emocional de los adolescentes. 1ª ed. Pirámide; 2016.

### **P53 EVOLUCIÓN DEL USO DE PSICOFARMACOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA DURANTE EL PERÍODO 2010-2017**

*Palanca Maresca M. Inmaculada; Izquierdo Ángela; Del Sol Pablo; Vizcaíno Miguel; Fernández Roberto; Javaloyes Laura; García Murillo Lourdes; Centeno Gustavo; Forti Buratti Azul; Avendaño Solá Cristina; Ruiz Antorán Belén*

*Unidad De Psiquiatría Del Niño Y El Adolescente. Hospital Universitario Puerta De Hierro-Majadahonda*

La prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población pediátrica oscila entre el 10-20 %. El tratamiento con psicofármacos se ha convertido en la piedra angular para la intervención en estos pacientes. Aunque la prevalencia del uso de psicofármacos varía considerablemente entre países, actualmente se está observando un aumento en las tasas de prescripción de estos (1-3).

**Objetivo.** Describir el perfil de utilización de psicofármacos en la población pediátrica en atención especializada y su evolución desde 2010 a 2017.

**Métodos.** Estudio observacional, retrospectivo de utilización de medicamentos. Se incluyeron todos los pacientes con historia clínica electrónica vistos en las consultas de psiquiatría del Área-Noroeste de Madrid entre 2010 y 2017.

**Resultados.** Se incluyó un total de 7.339 pacientes (917 pacientes/año), 64% varones, edad media 11,4+4,1. El diagnóstico más frecuente fue TDHA, observándose un incremento en el porcentaje de pacientes diagnosticados a lo largo del periodo estudiado (35% en 2010 al 60% en 2017). El análisis longitudinal mostró un incremento progresivo en el porcentaje de pacientes que recibía tratamiento con algún psicofármaco a lo largo de los últimos años, desde el 41,6% en 2010 al 72,5% en 2017. Por subgrupos de edad este incremento se observó también en todos los grupos: 0-6 años: 3,4% en 2010 al 12,9 % 2017; 6-12 años: 46,8% al 66,2 %; 12-18 años: 60,7% al 83 %. La frecuencia de prescripción



180

para cada grupo farmacológico se muestra en la tabla 1. La prescripción de estimulantes se mantuvo estable (66-71%), observando un incremento en la prescripción de antipsicóticos (8,9-18,9%) y antidepresivos (15,2-28,8%). Año ANTIPSICOTICOS ANSIOLITICOS/ HIPNÓTICOS ANTIDEPRESIVOS ESTIMULANTES 2010 8,9% 25,0% 15,2% 66,1% 2011 27,5% 26,2% 23,6% 50,2% 2012 19,3% 25,5% 33,9% 50,5% 2013 21,4% 18,1% 32,7% 57,9% 2014 21,0% 14,7% 32,9% 64,0% 2015 25,2% 17,4% 40,1% 62,4% 2016 23,3% 17,6% 36,1% 64,3% 2017 18,9% 12,0% 28,8% 71,5% En relación al uso concomitante de diferentes grupos terapéuticos, el porcentaje de pacientes paso del 14% en 2010 al 30% en 2017. En 2017 el 49% de los pacientes tratados recibió soporte no farmacológico, este porcentaje fue similar a lo largo de los años evaluados.

**Conclusion.** El uso de psicofármacos en la población pediátrica se ha incrementado significativamente en los últimos años, actualmente el porcentaje de niños de la consulta de psiquiatría infantil que reciben tratamiento es del 72,5%. Se observa una evolución creciente del consumo de antipsicóticos y antidepresivos similar a la de los países de nuestro entorno que podría explicarse con la diversificación de las indicaciones. En relación con el uso de estimulantes el incremento observado es menor y se relaciona directamente con el incremento en el número de diagnósticos.

#### P54 SÍNDROME DE ALICIA EN EL PAÍS DE LAS MARAVILLAS: DOS CASOS

*Díaz De La Peña Alicia; Seijo Zazo Elisa; Fernández Fernández Jennifer; González González José María HUCA CSM Infantil de Oviedo; HUCA Unidad de hospitalización Psiquiátrica Adolescentes; CSM Arriondas; HUCA CSM Infantil de Oviedo*

El síndrome de Alicia en el País de las Maravillas es un cuadro caracterizado por una alteración de la percepción visual, así como alteraciones en la forma, tamaño, color y/o situación espacial de los objetos. Puede existir también además una distorsión de la imagen corporal (metamorfosis).

Las distorsiones producidas por el síndrome de Alicia en el País de las Maravillas pueden repetirse varias veces al día; lo siniomas no son peligrosos y tienden a desaparecer con el tiempo; sin embargo, la persona

afectada puede sentirse asustada e incluso sentir pánico. Este trastorno no es infrecuente entre los niños pequeños.

Este cuadro fue descrito por primera vez en 1952 por C.W. Lippman.

Las causas de este trastorno son múltiples: se suele asociar a migrañas, pero también aparecen en epilepsia, infecciones, como efecto indeseable en algunos medicamentos o intoxicación por drogas...

Presentamos dos casos en dos varones de 7 y 8 años respectivamente que fueron diagnosticados de este síndrome; comparamos características clínicas y presentación, antecedentes y evolución.

#### P55 EXPERIENCIA PILOTO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS EN UN CSMIJ

*Francés Soriano Lorena; Jiménez Motilla M<sup>a</sup> Sandra; Masana Marín Adela; Martínez Pinar Dina; Cousillas Suárez Pablo Salvador; España Chamorro Eva; Ibáñez Salvador Olga CSMIJ Tarragona*

**Introducción:** En 2017 se inicia en CSMIJ de Tarragona la puesta en marcha de un programa interdisciplinar, integrado por algunos miembros del propio equipo de CSMIJ. Se pretende así, mejorar la intervención intensiva en casos agudos. Población diana: pacientes en activo en CSMIJ donde su referente detecta empeoramiento de la patología con riesgo auto / heterolesivo, en lista de espera de hospitalización total o parcial o recientemente altados de estos recursos o con sospecha diagnóstica de TMG que requieren un diagnóstico rápido. Composición de la unidad: psicólogo, psiquiatra, trabajadora social y enfermero, en franjas de visita individual de 45 minutos. Se mantienen en activo 13 pacientes de forma simultánea, con duración máxima de la intervención de 3 meses.

**Objetivos del estudio:** Describir el perfil clínico y sociodemográfico de los pacientes atendidos durante el primer semestre de funcionamiento de la unidad. Evaluar resultados preliminares en términos de cambios en el número de hospitalizaciones parciales / totales comparando el primer semestre de 2017 con el primer semestre de 2016.

**Metodología:** a través del registro de casos se obtienen datos de edad, sexo, diagnóstico, motivo de inclusión



en la unidad y motivo de alta. A través del registro de ingresos, se compara el número de ingresos hospitalarios en unidades de hospitalización completa y parcial procedentes de CSMIJ de Tarragona

**Resultados:** En el período comprendido entre 1 de enero de 2017 y 30 de junio de 2017 se han atendido un total de 58 episodios sobre 54 pacientes. Perfil sociodemográfico: 50% hombres; 50% mujeres. Edad: M 12/14 (DE 2.85). 18.9% menores de 13 años. 81,1% adolescentes. Motivo alta: Desvinculación 12.5%. Traslado comunidad terapéutica r 4.1% Hospitalización total aguda: 4.8%. Alta clínica o traslado de CSMIJ 4.1%. Estabilización: 47.9% Hospital de día 12.5% Finalización de diagnóstico: 0.2%. Diagnósticos: 10:34% T. Espectro de la esquizofrenia; 03:44% T. Bipolar; 18.96% Tr. depresivo; 1.72% T. Ansiedad generalizada; 3,45% TOC; 10:34% tr. adaptativos; 6.89% Tr inestabilidad emocional de la personalidad; 8.62% otros trastornos de personalidad; 6.89% tr. Del desarrollo específico mixto; 6.89% trastorno generalizado del desarrollo no especificado; 6.89% TDAH; 10,34% Tr de vínculo reactivo. (Resto: otros dx).

Nº episodios de hospitalización durante 2017 (enero a junio): 16

Nº episodios de hospitalización durante 2016: 27

**Conclusiones:** la puesta en marcha de la unidad funcional ha coincidido con una disminución del 40.7% de las de hospitalizaciones totales en el mismo periodo. Sin embargo, no se puede descartar que parte de esta disminución pueda tener que ver con un incremento global de la dotación de profesional y por tanto de un incremento total de visitas en el servicio; los datos hacen pensar en que la subespecialización de una parte del CSMIJ en la atención a los pacientes en crisis, ha permitido disminuir las hospitalizaciones de estos.

## P56 DETECCIÓN TEMPRANA EN TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA: ¿QUIÉN DERIVA?

Andrés Tauler Juana María; Barahona Aceituno Paola Michel; Enriquez Moreno Patricia; Ferrer Vadell Alicia; García Antich Sandra Ibsmia  
H. Son Espases

**Introducción:** Los trastornos del espectro autista (TEA) son alteraciones del neurodesarrollo con gran impacto en la vida de la persona y su familia que afecta a un 1% de la población<sup>1</sup>. El diagnóstico temprano y la intervención precoz son aspectos clave para favorecer el pronóstico y reducir los costes sociales<sup>2</sup>.

El objetivo de este trabajo es delimitar a la edad de detección y el profesional derivante.

**Métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo de 95 niños derivados por sospecha de TEA entre septiembre del 2016 y enero 2018. Revisión de historias clínicas.

**Resultados:** La edad promedio es de 8 años y 3 meses. El porcentaje por sexo femenino/masculino de 22,1% / 77,9 %. Procedencia de derivaciones: 31 de Salud Mental Infantil (consultas externas y urgencia), 29 de Educación, 15 de pediatría, 14 de neuropediatría , 1 por Servicios Sociales y 1 desde Asociación de Autismo sin diagnóstico previo. 36 casos fueron diagnosticados de TEA.

**Conclusiones:** La mayoría de casos fueron detectados por profesionales de Salud Mental con un 33,33 %.

En segundo lugar el ámbito educativo con un 27,77%. Los profesores sospechan algún tipo de problema ya que poseen un mayor conocimiento del niño en su entorno<sup>3</sup>. Constituyen una fuente importante de información sobre las conductas.

Solo en el 16,66 % deriva el pediatra que a pesar de las revisiones periódicas no logra una buena efectividad para identificar problemas del desarrollo.<sup>3</sup> Puede deberse a la corta duración de las consultas, en las que tienen que cumplir protocolos institucionales y el poco espacio para atender otras inquietudes de la familia. Aunque lo más probable es que su formación profesional les hace estar más atentos a la enfermedad médica y a los indicadores de crecimiento, que a los de desarrollo.

Se resalta la importancia de formar y capacitar profesionales de la salud, para lograr que la detección e intervención de los TEA sea cada vez más oportuna.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ricardo Canal-Bedia, María Magán-Maganto, Álvaro Bejarano-Martín, Almudena de Pablos-De la Morena, Detección precoz y estabilidad en el diagnóstico en los trastornos del espectro autista. Rev Neurol 2016; 62 (Supl 1): S15-S20



2. Sampedro ME, Manuela González M. Detección temprana en trastornos del espectro autista: una decisión responsable para un mejor pronóstico. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2013;70(6):456-466
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years autism and developmental disabilities monitoring network. *MMWR Surveill Summ* 2014;63: 1-21.

## P57 HACIA UN PRÓDROMOS EN EL TRASTORNO BIPOLAR

Poza Cano María Belén; García Moreno María; De Cós Milas Ana; López García Saioa; García López Raquel; Otero Pérez Francisco José

Hospital Universitario El Escorial; Hospital Universitario Puerta De Hierro; Hospital Universitario De Móstoles; Hospital Universitario El Escorial; Hospital Universitario El Escorial; Hospital Universitario El Escorial

**Introducción:** Mucho se ha escrito acerca de los cambios de humor previos a un diagnóstico de Trastorno Bipolar en la adolescencia. Sin embargo aún no hay definida una clínica prodrómica específica que nos ayude a realizar un diagnóstico precoz. Este caso pretende aportar una de las maneras en las que el Trastorno Bipolar se puede manifestar en la adolescencia.

**Material y métodos:** Paciente de 18 años de edad en seguimiento en el Centro de Salud Mental desde hace 3 años. La paciente fue derivada en 2014 desde la urgencia hospitalaria tras haber presentado un Episodio Disociativo secundario a estrés por los exámenes que remitió en el plazo de 72 horas con la administración de benzodiacepinas. Durante estos 3 años de seguimiento la paciente ha estado en tratamiento con escitalopram 10 mg al día durante diferentes períodos y ha aprendido pautas de relajación. Fue dada de alta por mejoría en una ocasión y retomó el seguimiento de manera voluntaria tras volver a presentar un elevado estado de ansiedad como consecuencia nuevamente de los exámenes de septiembre. El único síntoma que manifestó durante su seguimiento fue una leve ansiedad que se acentuaba en época de exámenes.

**Resultados:** La paciente se mantuvo estable durante estos años. Tres años después del episodio disociativo, cuando la paciente ya tenía 18 años de edad, ingresó por urgencias en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría por presenta un Episodio Maníaco con síntomas psicóticos. Ambos episodios, el disociativo y el maníaco, tuvieron lugar en el mes de septiembre.

**Conclusiones:** En ocasiones es difícil precisar un diagnóstico en la adolescencia debido a la similitud de los síntomas iniciales. Conocer con mayor precisión estos cuadros iniciales nos ayudaría a realizar una mejor intervención terapéutica y de esa manera contribuir a un mejor curso evolutivo de la enfermedad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Early Intervention in Bipolar Disorder, Part I: Clinical and Imaging Findings. Giacomo Salvatore, Wayne C. Drevets, Ioline D. Henter, Carlos A. Zarate, Jr., and Hussein K. Manji.
2. Early Interv Psychiatry. 2008 Aug; 2(3): 122–135.

## P58 CAMBIO EN EL RENDIMIENTO NEUROPSICOLÓGICO DE LOS SUBTIPOS INTENTO Y COMBINADO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD INFANTIL EN RESPUESTA AL TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR

Lera-Miguel Sara; García Giral Marta; Vila Montse; Nicolau Rosa; Gil Laia; Moya Jaime; Lázaro Luisa

Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona/Generalitat Catalunya; Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona.; Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona.; Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona.; Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona.; Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona.; Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona/Generalitat Catalunya; Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona/Generalitat Catalunya 2017SGR881/CIBERSAM/IDIBAPS/Universitat de Barcelona.



**Introducción:** El TDAH es un trastorno que afecta al 2-7% de niños y adolescentes<sup>1</sup>. Los sistemas de clasificación diagnóstica<sup>2</sup> distinguen subtipos en función de su presentación clínica: predominantemente inatento (TDAH-I), predominantemente hiperactivo-impulsivo, combinado (TDAH-C). Se han estudiado las diferencias de rendimiento neuropsicológico y hallado evidencia -inconsistente- de disfunción ejecutiva en los TDAH-C<sup>3</sup>. La administración de dosis agudas o sostenidas a largo plazo de metilfenidato produce mejoras en atención y función ejecutiva<sup>4</sup>. Sin embargo, menos se conoce de la respuesta cognitiva diferencial en función de cada subtipo<sup>5,6</sup>.

**Material y métodos:** Treinta y un niños varones, diagnosticados de TDAH según DSM-IV-TR, naïves de psicofármaco, sin comorbilidad y diestros, entre 8 y 16 años de edad (15 TDAH-I, 16 TDAH-C) recibieron tratamiento multidisciplinar (metilfenidato+psicoeducación+terapia cognitivo-conductual), fueron reevaluados en su funcionamiento neuropsicológico después de aproximadamente seis meses de tratamiento y comparados con el cambio experimentado por 14 controles sanos apareados por edad, sexo y estatus socioeconómico. Se administraron instrumentos clínicos para la categorización del subtipo y la exclusión de comorbilidad (Kiddie-SADS-PL, Conners' Rating Scales, Social Communication Questionnaire) y se completó batería neuropsicológica de atención y función ejecutiva (WISC-IV, Cubos de Corsi, Torre de Londres, Conners' Continuous Performance Test-II).

**Resultados:** Según los t-test para medidas repetidas de cada grupo, ambos grupos clínicos experimentaron mejoría entre la línea-base y el post-tratamiento tanto en el Índice Cognitivo General (TDAH-I:  $p<0,01$ ; TDAH-C:  $p<0,05$ ) y el Razonamiento Perceptivo del WISC-IV (TDAH-I:  $p<0,01$ ; TDAH-C:  $p<0,01$ ) como en Movimientos totales (TDAH-I:  $p<0,05$ ; TDAH-C:  $p<0,01$ ) y Tiempo de ejecución (TDAH-I:  $p<0,01$ ; TDAH-C:  $p<0,01$ ) de la Torre de Londres. También se observa una mejoría sólo en el grupo TDAH-C en dos medidas de la variabilidad de los tiempos de reacción en el CPT-II, Variabilidad intraindividual ( $p<0,05$ ) y Variabilidad del intervalo inter-estimular ( $p<0,05$ ). Sin embargo, sólo el cambio observado en Razonamiento perceptivo es significativamente mayor que el observado en los controles ( $F=4,26$ ;  $p=0,021$ ).

**Conclusiones:** Los resultados sugieren que el tratamiento multidisciplinar, principalmente el efecto del psicoestimulante, ha mejorado la capacidad de razonamiento con información visual haciéndolo más veloz y eficiente en ambos subtipos estudiados. La tendencia a ganar consistencia en los tiempos de reacción en tareas de atención sostenida está en sintonía con la evidencia existente de peores funciones de alerta y estimación del tiempo entre el TDAH-C no compartidas con el TDAH-I<sup>7</sup>.

### **P59 ¿POR QUÉ NUESTROS PACIENTES NO VAN A LA ESCUELA? QUÉ PODEMOS HACER?**

*Anglada Eulalia; Ribes Victor; Reberté Sandra; Gibert Mercè*

*Hospital De Día Para Adolescentes De Gavà, Fundació Orienta; Csmij Prat; Hospital De Día Para Adolescentes De Gavà; Hospital De Día Para Adolescentes De Gavà*

Este póster aporta una aproximación al estudio de la problemática del rechazo escolar, absentismo escolar y fobia escolar, términos que a veces se utilizan como sinónimos y, en otras ocasiones se les atribuye distintos significados. Se analizan las dificultades terminológicas y de definición del problema que existen en la actualidad y se aporta un concepto multifocal para la comprensión del mismo. Finalmente se describe el protocolo de intervención creado para estos casos en el hospital de día en el que trabajo.

### **P60 ESTUDIO COMPARATIVO: COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN SOCIAL, CONDUCTAS REPETITIVAS Y PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO EN NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA Y NIÑOS ADOPTADOS CON DIFICULTADES DE INTERACCIÓN SOCIAL.**

*Graupera Laia; Mairena M<sup>a</sup> Angeles; Pacheco Meritxell; Mezzatesta Marcela; Diéz María; Rueda Isabel; Elias Maria; Elias Neus; González Mireia; Alonso Xenia; Russi Ma Eugenia; Alcover Carlota*

*Unidad Multidisciplinar de Trastornos del Espectro del Autismo. Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.*





**Introducción:** En la actualidad, el estudio de las alteraciones sensorio-perceptivas de hiper- o hiporeactividad a estímulos sensoriales del entorno, está tomando gran relevancia atendiendo a que ha sido incluida como criterio diagnóstico del TEA en DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013). Chang et al. (2014) pone de manifiesto que alrededor del 90% de niños con TEA presentan alteraciones sensoriales. Resultados similares se encontraron en un estudio de Tomchek y Dunn (2007) donde, además, apuntan a que predominan las alteraciones auditivas (77,6%), seguido de las táctiles (60,9%).

**Método:** El objetivo es definir las alteraciones en una muestra de niños diagnosticados con TEA, qué tipo de alteración del procesamiento sensorial predomina y establecer cuál es el tipo de patrón de respuesta mayoritario, hipo o hiperreactividad. El tamaño de la muestra es de 34 niños diagnosticados con TEA de edades comprendidas entre 3 y 10 años, atendidos en el Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell. Para la realización del estudio, se administró la versión corta del cuestionario del Perfil Sensorial de Winnie Dunn (1999). Los primeros 65 ítems que corresponden al procesamiento sensorial.

**Resultados:** Los resultados obtenidos a partir del programa STATA, muestran que un 83,87% (IC 95% = 0,70 y 0,98) de los participantes presentan algún tipo de alteración sensorial, un 16,13% de la muestra no lo hacen. Del 83,87% de los participantes con alteraciones sensoriales, un 9,87% (n = 3) presentan sólo un tipo de alteración sensorial, un 29,03% (n = 9) dos, un 12,90% (n = 4) tres, un 22,58% (n = 7) cuatro y, finalmente, un 9,68% (n = 3) cinco alteraciones sensoriales. También, se han observado valores muy similares entre los patrones de respuesta hiper / hiporeactividad del procesamiento auditivo (68,42% y 78,95%), mostrando que los participantes pueden presentar los dos tipos de respuesta.

**Conclusiones:** Los análisis realizados demuestran que la mayoría de niños con diagnóstico TEA, presentan alteraciones sensoriales y un gran porcentaje presenta más de una alteración a la vez. También se confirma que los patrones de hiper / hiporeactividad pueden coexistir. Estos resultados son importantes para nuevas líneas de investigación, la posible relación con comorbilidades o

gravedad del TEA. Así como para el abordaje de un buen programa de intervención psicoterapéutico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Chang, Y. S., Owen, J. P., Desai, S. S., Hill, S. S., Arnett, A. B., Harris, J., ... Mukherjee, P. (2014). Autism and sensory processing disorders: Shared white matter disruption in sensory pathways but divergent connectivity in social-emotional pathways. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0103038>

## P62 ACTITUDES DISFUNCIONALES EN ADOLESCENTES CON TRASTORNO PSICÓTICO DE INICIO PRECOZ: RESULTADOS PRELIMINARES

*Badia Francina; Baeza Inmaculada; Gallegos Yuliana E.; Sugranyes Gisela; Varela Eva; Forner Mireia; García-Rizo Clemente; Martínez-Aran Anabel; Granholm Eric; Puig Olga*

*Departamento de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, 2017SGR881, Barcelona, Cataluña.; Departamento de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, 2017SGR881, Barcelona, Cataluña.*

2. *Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, España. CERCA-IDIBAPS, Barcelona, Catalunya, España.; Department of Psychiatry, University of California, San Diego, CA, USA.; Departamento de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, 2017SGR881, Barcelona, Cataluña.*
2. *Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, España.*
3. *CERCA-IDIBAPS, Barcelona, Catalunya, España.; Departamento de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, 2017SGR881, Barcelona, Cataluña.; Departamento de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, 2017SGR881, Barcelona, Cataluña.; Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, España.*
5. *Departamento de Psiquiatría y Psicología, Instituto de Neurociencia,*



Hospital Clínic de Barcelona.; Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, España. CERCA-IDIBAPS, Barcelona, Catalunya, España. 5. Departamento de Psiquiatría y Psicología, Instituto de Neurociencia, Hospital Clínic de Barcelona.; CERCA-IDIBAPS, Barcelona, Catalunya, España. 6. Department of Psychiatry, University of California, San Diego, CA, USA.; Departamento de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, 2017SGR881, Barcelona, Cataluña. 2. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, España.

Las actitudes disfuncionales como las creencias derrotistas (CD,) se han asociado a síntomas negativos y a un peor funcionamiento en la esquizofrenia (Campellone et al., 2016;). Los adolescentes con psicosis de inicio precoz (PIP) tienen mayor riesgo de desarrollar síntomas negativos persistentes (Puig et al., 2017) pero no hay estudios que hayan examinado las actitudes disfuncionales en esta población.

**Objetivos:** (1) Examinar las CD en adolescentes con PIP, comparados con un grupo de adolescentes sanos, y (2) estudiar la relación entre las CD, la sintomatología clínica y el funcionamiento psicosocial.

**Metodo:** 18 adolescentes con PIP (14?, edad=15.67±1.46) y 14 controles (10?, edad=15.71±1.49) que participan en un ensayo de terapia cognitiva conductual para psicosis, coadyuvante al tratamiento farmacológico, en el Hospital Clínic de Barcelona. Criterios de inclusión: PIP diagnosticado entre los 9-18 años (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y psicosis no especificada); encontrarse en el periodo crítico (5 años post-diagnóstico) y estabilidad clínica. Exclusión: IQ<70; dependencia de sustancias; trastornos neurológicos. Variables (datos basales): PANSS, Calgary Depression Scale (CDS), Life Skills Profile - Adolescent version (Puig et al., 2013), Children's Global Assessment Scale (C-GAS, Shaffer et al., 1983), Social and Role Functioning Scales (GF:S, GF:R, Cornblatt et al., 2007), Dysfunctional Attitudes Scale - Spanish version (DAS, Sanz et al., 1993). Análisis estadístico: T-test o test de Chi-cuadrado, correlación de Pearson. RESULTADOS: Los grupos no presentaron diferencias significativas en edad ( $t=-0.91$ ,  $p=0.928$ ) ni sexo pero si en el nivel

socioeconómico familiar, inferior en el grupo PIP ( $X^2=13,71$ ,  $p=0.008$ ). Los pacientes prestaban un predominio de síntomas negativos (positivos=14.00±4.04; negativos =23.16±12.20; generales= 31.34±7.11) La puntuación media en el CDS era baja (4.39±5.10) y un peor funcionamiento (LSP total:  $t=6.61$ , $p=0.00$ ; LSP autocuidado:  $t=3.24$ , $p=0.03$ ; LSP comportamiento social:  $t=3.85$ , $p=0.01$ ; LSP comunicación social:  $t=6.32$ , $p=0.02$ ; LSP comportamiento social no personal:  $t=3.50$ , $p=0.02$ ; LSP vida autónoma:  $t=10.04$ , $p=0.00$ ; GAF  $t=-15.45$ , $p=0.00$ ; GF:R:  $t=-11.94$ , $p=0.00$ ; GF:S:  $t=-12.52$ , $p=0.00$ ). Los pacientes presentaban mayores puntuaciones en el cuestionario de CD (53.78±19.21 vs 39.28±18.64;  $t=2.82$ , $p=0.008$ ), las cuales correlacionaban menores habilidades de la vida cotidiana (LSP  $r=0.57$ , $p=0.032$ ). No se encontró una correlación entre CD y sintomatología.

**Discusión:** Los adolescentes con PIP presentan más actitudes disfuncionales que los controles sanos. De acuerdo con los estudios en adultos, las creencias derrotistas correlacionan con un peor funcionamiento, pero no se asociaron a síntomas negativos. Se requieren nuevos estudios con muestras más amplias.

**Agradecimientos:** FAK. Campellone et al., 2016. Defeatist Performance beliefs, negative symptoms and functional outcome in schizophrenia: a meta-analytic review. Schz Bull, 42:1343.

### P63 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS QUE HAN REQUERIDO CONTENCIÓN MECÁNICA EN LA ATENCIÓN URGENTE PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL PARC TAULI DE SABADELL

Urraca Camps Lara; Laporte Breyse Valeria; Gracia Liso Rebeca; Pàmias Massana Montserrat; Palao Vidal Diego Jose  
Corporació Sanitària Parc Taulí De Sabadell

**Introducción:** Durante los últimos años se observa una tendencia al aumento de las urgencias infantojuveniles por motivos psiquiátricos, atendidas en los servicios de urgencia de pediatría. La agitación psicomotriz es



un problema frecuente en las urgencias psiquiátricas que puede conllevar importantes repercusiones clínicas. El protocolo de nuestro centro contempla la contención mecánica (CM) como la última medida ambiental que debería ser empleada sólo en los casos de agitación psicomotriz resistentes a contención verbal y farmacológica.

El objetivo del estudio es definir y caracterizar los pacientes menores de 18 años que precisaron contención mecánica en el Servicio de Urgencias de nuestro centro hospitalario en 2016.

**Material y métodos:** Estudio transversal descriptivo de pacientes que consultaron por motivos psiquiátricos entre el 1 de Enero y 31 de Diciembre del 2016 en el servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell y precisaron contención mecánica. Se incluyeron los 26 episodios del total de las 470 visitas atendidas a urgencias. Se realizó el análisis descriptivo. Se utilizó el programa SPSS.

**Resultados:** Se analizaron las 470 consultas psiquiátricas en edad infantojuvenil atendidas en nuestro centro durante el 2016 y se seleccionaron las 26 (5,5%) que requirieron contención mecánica.

El 50% eran mujeres y la edad media fue de 13,8 años (6-17; DT 2,5). El 57,7% fueron trasladados a urgencias vía Servicio de Emergencias Médicas (SEM). El 61,5% requirieron pasar al menos una noche en urgencias.

Los principales diagnósticos fueron: trastorno de conducta (34,6%), trastorno del espectro del autismo (19,2%), trastorno por déficit de atención con hiperactividad (7,7%), trastorno oposicionista desafiante (7,7%), trastorno adaptativo (7,7%). El 26,9% eran pacientes tutelados por la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA).

El 84,6% precisó de tratamiento farmacológico durante la estancia a urgencias, mientras que el 53,8% lo precisaron en el momento de la contención mecánica. Sólo el 30,8% requirió ingreso en nuestra Unidad de Hospitalització de Adolescents y un 11,5% en Hospital de Dia de Adolescents.

**Conclusiones:** Los principales diagnósticos de los pacientes que requirieron contención mecánica en urgencias fueron trastorno o alteración de la conducta, y la mayoría precisaron de tratamiento farmacológico

durante la estancia en urgencias.

Conocer las características clínicas de los pacientes que han precisado de contención mecánica podría mejorar su atención por parte del equipo que los atiende. Es importante conocer el tipo de paciente para intentar prevenir la contención mecánica.

### P64 “ESCRIBIENDO MI MUNDO INTERNO”.A PROPOSITO DE UN CASO.

Aparicio Teresa  
Hospital Infanta Sofia

**Introducción:** La esquizofrenia de inicio temprano en la adolescencia, es poco frecuente y presenta con frecuencia alteraciones a nivel emocional, alucinaciones, pensamiento desorganizado, alteración en el funcionamiento social y cognitivo, lo que puede conducir a una discapacidad a largo plazo. Así mismo se incrementa el riesgo de suicidio y heteroagresividad.

Se trata de una patología grave y persistente pero con un adecuado diagnóstico precoz y rápida instauración de tratamiento psicoterapéutico y farmacológico junto con un entorno educativo y familiar estable pueden mejorar su pronóstico futuro.

**Hipótesis y Objetivos:** Analizar las dificultades para un correcto diagnóstico y valorar los posibles tratamientos existentes.

**Material y Métodos:** Exposición de un caso clínico (Historia clínica y pruebas clínicas/neuropsicológicas) y revisión bibliográfica.

**Resultados:** Los síntomas psicóticos en niños y adolescentes pueden ser confusos y difíciles de evaluar en las primeras etapas. Sin embargo, los primeros síntomas, como la pérdida funcional o alucinaciones, debe tomarse en serio.

Instaurar un tratamiento pronto, puede mejorar el pronóstico. En este caso, se probaron dos antipsicóticos a dosis altas sin beneficio, la instauración de clozapina permitió controlar la sintomatología y que la paciente pudiera continuar el seguimiento en hospital de día y adecuarse en un ambiente más normalizado.

**Conclusiones:** Existe sólida evidencia de que el



tratamiento precoz con clozapina en niños y adolescentes mejoran la sintomatología psicótica, negativa y funcional de los pacientes. Por lo que debe ser un fármaco mas empleado en casos resistentes o cuando vemos que no hay suficiente beneficio con otros antipsicóticos.

También hay una buena evidencia de que el tratamiento precoz reduce la morbilidad y la mortalidad asociada con este grupo de enfermedades mentales graves.

### BIBLIOGRAFÍA

1. IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2015. Schizophrenia and other psychotic disorders of early onset. Jean Starling & Isabelle Feijo
2. First- and Second-Generation Antipsychotics in Children and Young Adults: Systematic Review Update [Internet]. Pillay J1, Boylan K1, Carrey N1, Newton A1, Vandermeer B1, Nuspl M1, MacGregor T1, Jafri SHA1, Featherstone R1, Hartling L1. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2017 Mar. Report No.: 17-EHC001-EF. AHRQ Comparative Effectiveness Reviews.
3. Childhood-onset schizophrenia and schizophrenia spectrum disorder. Matsumoto H. Seishin Shinkeigaku Zasshi. 2011;113(7):696-703. Japanese.

### P65 MUNCHAUSEN POR PODERES. EXPOSICIÓN DE UN CASO

*Borreda Belda Laura; Llorach Bosch Estela; Rodríguez Portillo Silvia; Altuna Martín Ainhoa; González Vivas Carlos*  
USMIA HCUV

**Introducción:** El síndrome de Munchausen por poderes es un trastorno mental que consiste en la producción deliberada de síntomas físicos o psicológicos en otra persona que está al cuidado del individuo. La motivación del comportamiento del perpetrador sería asumir el rol de enfermo por mandato.

El objetivo de este trabajo es, mediante el relato de un caso clínico, exponer el proceso diagnóstico de este síndrome y las dificultades de manejo que ha conllevado.

**Presentación caso clínico:** Los síntomas de la paciente se inician a los 10 años, cuando comienza seguimiento por otorrinolaringología siendo diagnosticada una hipoacusia bilateral, que más tarde será descartada. A partir de este momento la paciente inicia un peregrinaje por distintas especialidades médicas aquejando variedad de síntomas. A los 15 años se realiza el primer ingreso en salud mental, cuando estaba siendo estudiada por dificultades en la marcha que la llevaron a usar una silla de ruedas. Es en este momento cuando se plantea un posible origen psicógeno de los síntomas, dado que todos los informes médicos tienen en común la normalidad de las pruebas diagnósticas y los profesionales coinciden en señalar una actitud poco congruente tanto de la paciente como de su madre.

Tras alta se inicia seguimiento ambulatorio en USMIA y se halla en la historia de la madre visitas médicas frecuentes, que ceden coincidiendo con el inicio de la clínica en la menor.

Finalmente se realiza el diagnóstico de síndrome de Munchausen por poderes.

Para el tratamiento y recuperación de la menor fue necesaria la adopción de medidas judiciales, con orden de alejamiento impuesta a la madre, observándose tras separarlas una importante mejoría de la hija.

**Material Y Métodos:** Revisión y resumen de historia clínica del caso a presentar.

**Resultados y conclusiones:** Se trata de un síndrome que ocasiona una elevado malestar y comorbilidad en el paciente, tanto por la relación ambivalente con el cuidador, como por el sometimiento a un elevado número de pruebas diagnósticas, hospitalizaciones y tratamientos. En su abordaje será muy importante un manejo multidisciplinar que garantice la protección del menor, pudiendo ser necesaria la adopción de medidas judiciales como en el caso expuesto.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Greiner et al. (2013). A Preliminary Screening Instrument for Early Detection of Medical Child Abuse. Hospital Pediatrics. 3(1), 39-44.
2. Flaherty et al. (2013). Caregiver-fabricated illness in a child: a manifestation of child maltreatment. Pediatrics. 132(3), 590-7.



### **P66 LO QUE NO SE ESCUCHA EN TDAH. DIAGNÓSTICO Y ORIENTACIONES EN UN CASO DE HIPOACUSIA SEVERA**

*Pousa Rodríguez Verónica; Díaz Cosgaya Aida; Kerexeta Lizeaga Iñaki; Labrada Lerma Ana; Aguirregomoscorta Menéndez Fernando; Sesma Pardo Eva; Fernández Rivas Aranzazu; González Torres Miguel Ángel*

*Hospital Universitario de Basurto, Servicio de Psiquiatría; Hospital Universitario de Basurto, Servicio de Psiquiatría*

**Introducción:** Entre un 3 y un 5% de niños con hipoacusia en edad de escolarización presentan TDAH. La habitual falta o retraso en la adquisición del lenguaje, retrasa la capacidad de simbolización, pudiendo ser la descarga psicomotriz una vía de comunicación del menor, siendo una dificultad diagnóstica específica en esta población. Se presenta el caso de un menor con hipoacusia severa derivado por su pediatra para valoración.

**Material y métodos** La primera valoración se lleva a cabo cuando el menor tiene 4 años, concluyendo la existencia de un retraso madurativo con dificultad a nivel atencional y psicomotor, pero por el retraso en comprensión y expresión lingüísticas, habitual en población sorda, se aplaza el diagnóstico de TDAH a la espera de evolución. A los 7 años y 4 meses, es valorado de nuevo. Padres y profesores señalan dificultades atencionales y para respetar las normas, tendencia a la impulsividad con baja tolerancia a la frustración y constantes balanceos, incluso mientras duerme. Se aplica Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil (Cumanin), Escala No Verbal de Aptitud Intelectual de Wechsler (WNV) y EDAH (Escala para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad).

**Resultados** Se concluye la condición de desarrollo madurativo inferior al correspondiente a su edad, especialmente en las áreas de psicomotricidad,

visopercepción y atención. El nivel de aptitud intelectual es normal. Los síntomas reportados tanto por padres como por profesores reflejan elevaciones en las escalas de hiperactividad y déficit de atención, especialmente en entornos muy estructurados. El menor es finalmente diagnosticado de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, con presentación combinada.

**Conclusiones:** El trabajo con niños sordos y TDAH comórbido debería basarse en la educación multisensorial. La mayoría de niños aprenden mejor con presentaciones cinestésicas o táctiles y visuales. Asimismo, es importante mantener el contacto visual al dar órdenes, permanecer visible y tener en cuenta la iluminación. Deberían disminuirse las exigencias relacionadas con la lecto-escritura y el tiempo dedicado a las mismas, aumentando las demostraciones prácticas del área a trabajar.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Madrid, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
2. Torres, S., Ruiz-Casas, M. J., y Santana, R. (2011). Desarrollo lingüístico de un caso de sordera prelocutiva más trastorno por déficit atencional (TDAH). Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología, 31(4), 183 – 192

### **P67 TERAPIA DE GRUPO DE PARENTALIDAD POSITIVA CON PADRES DE ADOLESCENTES CON PATOLOGÍA MENTAL SEVERA. GRUPO DE CRECIMIENTO MUTUO.**

*Romero Miguel; Varela Eva; Forcadell Eduard; Hilker Inés; Guillén Elías; Morer Astrid  
Hospital Clinic Barcelona*

**Introducción:** La terapia basada en la mentalización (TBM), es un modelo de tratamiento inicialmente desarrollado y puesto a prueba en tratamiento de adultos con trastorno límite de la personalidad. La TBM en adolescentes (TBM-A) se basa sobre la idea de que el problema central en los adolescentes es la vulnerabilidad al fallo en su capacidad mentalizadora en determinadas



situaciones emocionales e interpersonales.

Estas intervenciones grupales las desarrolla el equipo multidisciplinar del servicio.

El presente trabajo pretende presentar los resultados provisionales del grupo de crecimiento mutuo, bajo la hipótesis de que la intervención grupal con los padres de adolescentes diagnosticados de trastorno mental grave se relaciona con una mejoría en la vinculación parental percibida, en la afectación del funcionamiento de la sintomatología y en la mejora del clima familiar.

**Metodología:** 12 participantes, entre padres y madres de adolescentes con diagnósticos diversos. Los instrumentos de evaluación psicométrica utilizados son: Cuestionario de Vinculación parental, escala de funcionamiento HONOSCA versión paciente, familia y trabajadores, Escala de clima familiar (FES)

**Objetivo:** Descripción de la evaluación psicométrica previa, de la intervención grupal del Grupo de Crecimiento Mutuo (GCM) y los resultados actuales obtenidos desde el Servicio de psiquiatría y psicología clínica del Hospital Clinic de Barcelona, incidiendo en el rol del enfermero especialista en Salud Mental.

**Desarrollo:** El GCM pretende dar respuesta a las necesidades de los adolescentes en conflicto al mismo tiempo que a las necesidades de estos padres, con los objetivos de restablecer una relación vincular segura entre padres y adolescentes en conflicto, disminuir el impacto relacional de la sintomatología psicopatológica y promover la consecuente mejora de la calidad de vida del núcleo familiar.

**Resultados:** Los resultados apuntan a una mejoría sintomatológica de los pacientes adolescentes, así como un beneficio en el clima familiar y en la vinculación parental percibida.

**Conclusiones:** La relación vincular entre los padres y los adolescentes en conflicto es una de las piedras angulares del trabajo clínico con estas familias. Especularmente, el trabajo de enfermería (como del personal psicoterapéutico) requiere del acompañamiento de esta relación con los componentes necesarios para el establecimiento de un vínculo seguro: la disponibilidad, la estructura y la empatía.

## P68 EMOTION-FOCUSED FAMILY THERAPY FOR EATING DISORDERS

*Romero Miguel; Varela Eva; Hilker Ines; Forcadell Eduard; Santamarina Pilar; Morer Astrid*  
*Servicio De Psiquiatría Y Psicología Clínica Infanto-Juvenil. Hospital Clinic. Barcelona*

**Introducción:** Las familias que presentan un miembro identificado con un Trastorno de la Conducta alimentaria presentan altos niveles de Emoción Expresada (EE), comparable a las familias con un miembro que padece un trastorno psicótico. La familia desempeña un papel importante en la recuperación de pacientes con Anorexia Nerviosa. Por ello, la Terapia de Familia ayuda a la resolución de conflictos familiares y al proceso de recuperación del trastorno alimentario.

La Terapia Familiar Centrada en Emociones (Dolhanty, Greenberg; Lafrance) dota a las familias de un rol importante en el proceso de recuperación del trastorno alimentario; se basa en la profunda creencia en el poder sanador de las familias. Se trata de una adaptación de la "Terapia Centrada en Emociones" (S. Johnson) y se centra en la relación entre cuidadores e individuos que sufren un Trastorno Alimentario.

**Objetivos:** El terapeuta trata de transmitir seguridad a la familia en tres dominios, en la recuperación sintomática, el procesamiento de experiencias emocionales y el proceso de identificación y superación de obstáculos que bloquean al conjunto familiar en el proceso de recuperación. Presentaremos los principios básicos y áreas de intervención del modelo familiar para la intervención de los TCA.

**Método:** Nos basaremos en las publicaciones existentes, así como en la experiencia personal en la formación de este modelo en el South London and Maudsley Hospital de Londres, siguiendo una metodología de estudio de casos.

**Resultados:** En este trabajo se expondrán los resultados de los estudios experimentales publicados hasta la fecha, que indican una disminución de los síntomas alimentarios de las pacientes, así como una mejora en la sintomatología comórbida y una disminución en la EE de estas familias.



## P69 TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Ferrer Víctor; Mora Ester; Pascual Alexandra; Triano Noemi; Prados Daniel; Saura Oriol; Gene Esther  
Hospital Sant Joan De Dèu- Terres De Lleida*

**Introducción:** El DSM-5 define el trastorno de personalidad narcisista como un patrón dominante de grandeza, necesidad de admiración y falta de empatía que comienza en las primeras etapas de la vida adulta. Algunos de estos rasgos de personalidad pueden aparecer en la adolescencia (Kernberg P.F, 2002). Aunque la grandiosidad y la importancia de sí mismo es central en el trastorno, la vulnerabilidad en el autoestima es una característica asociada. Esa hipersensibilidad hace a los adolescentes con este trastorno extremadamente sensibles a la crítica o a fracasos, a lo cual pueden responder con desdén o enojo. Esta sintomatología puede ser desafío en el proceso diagnóstico y terapéutico.

**Objetivo:** Demostrar la importancia de hacer un diagnóstico diferencial de los rasgos de personalidad para poder realizar un correcto abordaje terapéutico en adolescentes que presentan relaciones interpersonales disfuncionales.

**Material y método:** A partir de un caso clínico de un adolescente de 16 años atendido en Hospital de Día de Adolescentes, que presenta ánimo bajo, absentismo escolar, inversión del ritmo sueño-vigilia, una desorganización de hábitos cotidianos que se acompaña de marcadas dificultades en el mantenimiento de las relaciones interpersonales en contexto de antecedentes de negligencia en la infancia. Destaca en la exploración, un discurso coherente, prolijo y tangencial. A nivel ambulatorio, se le habían prescrito diferentes tratamientos psicofarmacológicos (antidepresivos) con escasa respuesta.

Se analiza la historia clínica de salud mental del paciente y evaluación mediante observación en consulta y en grupo y entrevista clínica con el paciente y la familia. También se realizan pruebas psicométricas (MACI Inventario clínico para adolescentes Millon) y neuropsicológicas (WISC-IV, CARAS y Figura de Rey).

Se realiza una revisión bibliográfica de los rasgos de personalidad narcisista en la adolescencia con las palabras claves “narcissistic personality disorder” AND “adolescents” AND “childhood” en pubmed y Scopus.

**Conclusión:** A través de la búsqueda bibliográfica, las entrevistas clínicas y las pruebas psicodiagnósticas nos permiten orientar el caso de trastorno de personalidad narcisista.

En la intervención psicoterapéutica se diseña intervención específica para el manejo de la contratransferencia (sentimiento de rechazo) que genera en el equipo psicoterapéutico, entendiendo los comentarios de desafío y enojo del adolescente como formas defensivas ante el bajo auto concepto de sí mismo.

Se trabaja autoestima, conciencia de problemática y su repercusión en el entorno y se potencian formas efectivas en las relaciones interpersonales que fomenten una mejor adaptación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kernberg P.F, Weiner A. S, Bardenstein, K.K (2002) Trastornos de la personalidad en niños y adolescentes. México: El manual moderno

## P70 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA TERAPIA DE GRUPO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

*Lineros Linero Rosario; Martínez Núñez Beatriz;  
Jiménez Bidón Ana  
Hospital Juan Ramón Jiménez; Hospital Niño Jesús;  
Hospital Niño Jesús*

**Introducción.** Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) han adquirido en los últimos años mayor visibilidad y relevancia social. Esto hace que el diagnóstico se haga de forma más temprana y se pueda atender de forma integral la gravedad de la clínica física y psíquica.

Por la complejidad de estos trastornos, en la mayoría de las ocasiones se requiere de un tiempo prolongado de tratamiento para lograr la recuperación, precisando un abordaje multidisciplinar. El objetivo de este trabajo es revisar la bibliografía existente sobre tratamientos



psicoterapéuticos en formato grupal para pacientes adolescentes con TCA.

**Material y métodos.** Se realiza una búsqueda bibliográfica en PubMed, Cochrane, UptoDate y Google Scholar (febrero 2018). Los idiomas seleccionados han sido inglés y español. Se han usado las combinaciones de eating disorder (OR anorexia, bulimia, binge) AND adolescence (OR young) AND group therapy (OR psychotherapy) y los equivalentes en español. Sin límite de fecha de publicación.

**Resultados.** Se han encontrado cinco estudios publicados sobre el tratamiento en terapia grupal en trastornos de alimentación en población adulta, coincidiendo todos con resultados significativos de mejoría en terapia de grupo.

Respecto a la población infanto-juvenil se encuentran cinco trabajos en este ámbito: dos con un enfoque de terapia de rehabilitación cognitiva con buenos resultados en adolescentes. Otro estudio profundizando sobre la autoestima y las habilidades sociales, hallando una mejoría notable tras la terapia. Por último, uno estudio basado en la terapia cognitivo conductual, mejorando tanto la sintomatología alimentaria como la ansiedad asociada, problemas de autoestima o relaciones interpersonales.

**Conclusiones.** Tanto en población adulta como en adolescentes se encuentran beneficios y eficacia demostrada en terapia grupal como parte del tratamiento de trastornos de la alimentación. Es necesario seguir investigando en este ámbito y publicando los resultados, ya que llama la atención la escasa bibliografía encontrada teniendo en cuenta lo habitual de este enfoque en la práctica clínica habitual.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hay P. et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry 2014, Vol. 48(11) 977–1008
2. Okamoto et al. A 10-year follow-up study of completers versus dropouts following treatment with an integrated cognitive-behavioral group

therapy for eating disorders. Journal of Eating Disorders (2017) 5:52

## P71 TRASTORNOS PSICÓTICOS DE DEBUT DURANTE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA: SEGUIMIENTO CLÍNICO A DIEZ AÑOS

*Sugranyes Ernest Gisela; De La Serna Gomez Elena; Redondo Alaminos Marina; Ilzarbe Simorte Daniel; Castro-Fornieles Josefina; Baeza Pertegaz Inmaculada IDIBAPS / Hospital Clínic Barcelona / CIBERSAM; CIBERSAM; Hospital Clínic Barcelona; IDIBAPS; IDIBAPS / Hospital Clínic Barcelona / CIBERSAM / Universitat de Barcelona; IDIBAPS / Hospital Clínic Barcelona / CIBERSAM / Universitat de Barcelona*

**Introducción:** La psicosis de debut precoz (antes de los 18<sup>a</sup>) podría estar asociada a un peor pronóstico que cuando el debut tiene lugar en la adultez. Estudios prospectivos han sugerido que sólo un 20% de los pacientes presentarían una evolución “buena”, y que casi el 50% experimentarían una evolución “pobre”. No obstante, la mayor parte de esta evidencia procede de cohortes reclutadas hace más de 20 años (Clemmensen 2012).

**Objetivo:** actualizar la evidencia con una evaluación clínica prospectiva de jóvenes con un primer episodio de psicosis de debut precoz, tras 10 años de seguimiento.

**Métodos:** los pacientes se reclutaron del Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil del Hospital Clínic de Barcelona entre 2003 y 2008. Criterios de inclusión: edades 7-17<sup>a</sup> y presencia de síntomas psicóticos de menos de 12 meses de duración. Criterios de exclusión: síntomas psicóticos presentes solo en contexto de uso de sustancias o de trastorno por estrés post-traumático o estrés agudo, trastorno del espectro autista, retraso mental o trastorno neurológico. Controles sanos apareados por edad se reclutaron del mismo entorno geográfico. Todos los participantes se evaluaron con medidas clínicas (K-SADS, PANSS, GAF, CGI) a nivel basal y a 10 años.

**Resultados:** a nivel basal se evaluaron 69 pacientes y 31 controles; 36 pacientes (52%) y 24 controles (77%)



se re-evaluaron a 10 años. No hubieron diferencias en edad ( $M=26.4$   $SD=1.4$  vs.  $M=26.0$   $SD=2.0$ ;  $t=.84$ ;  $p=.41$ ) o género ( $\chi^2$  cuadrado= $.011$ ;  $p=.92$ ). No se pudieron localizar 9 pacientes y 4 controles. Dos pacientes habían fallecido al seguimiento, un paciente se hallaba en prisión, el resto rechazó participar. Los pacientes que acudieron al seguimiento tenían peor severidad clínica basal ( $6.44$  vs  $6.0$ ,  $p=.017$ ) que los que no acudieron. Diagnósticos psiquiátricos a 10<sup>a</sup>:  $n=18$  (50%) esquizofrenia,  $n=11$  (30.6%) trastornos afectivos,  $n=1$  (2.8%) trastorno de personalidad;  $n=1$  (2.8%) trastorno alimentario,  $n=5$  (13.9%) sin diagnóstico. Veinte pacientes (58.8%) habían sido hospitalizados y treinta (88.2%) estaban recibiendo mínimo un fármaco antipsicótico. Siete pacientes (19.4%) presentaban una evolución “pobre” ( $GAF < 50$ ),  $n=18$  (50%) “moderada” ( $GAF 51-70$ ) y  $n=9$  (26.5%) “buena” ( $GAF > 70$ ).

**Conclusión:** la psicosis de debut precoz se asocia a una evolución pobre en una proporción de pacientes, aunque en el momento actual la evolución funcional puede ser ligeramente mejor que lo reportado en cohortes históricas (Clemmensen 2012). Factores relacionados con mejor provisión de servicios sanitarios, reducción de psicosis no tratada y nuevas modalidades terapéuticas podrían subyacer a estas diferencias.

#### **P72 USO DE PSICOFARMACOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DIAGNOSTICO DE TDAH EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA. ESTUDIO LONGITUDINAL 2011-2017**

*Palanca Maresca M Inmaculada; García Murillo Lourdes; Forti Buratti Azul; Izquierdo Ángela; Del Sol Pablo; Vizcaino Miguel; Javaloyes Laura; Fernández Roberto; Centeno Gustavo; Avendaño Solá Cristina; Ruiz Antorán Belén*

*Unidad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda; Unidad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda; Unidad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda; Unidad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda; Unidad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda; Unidad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda; Unidad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Hospital*

*Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda; Unidad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda; Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; Unidad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda; Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda*

La prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) se ha incrementado en los últimos años (1). Los estimulantes son el tratamiento farmacológico de elección (2). Sin embargo, diversos estudios confirman la práctica del uso concomitante con otros psicofármacos junto a estimulantes (3,4). Los datos en población española sobre el manejo farmacológico del TDAH son limitados.

**Objetivos.** Analizar la evolución en la prescripción del tratamiento farmacológico en atención especializada en pacientes diagnosticados de TDAH entre los años 2011-2017. Analizar el uso concomitante de fármacos asociados a estimulantes para el tratamiento del TDAH con/sin comorbilidad psiquiátrica.

**Métodos.** Estudio observacional, retrospectivo de utilización de medicamentos. Se incluyó a todos los pacientes vistos en las consultas de psiquiatría del área 6 de Madrid entre 2011 y 2017 con diagnóstico de TDHA (CIE10:F90.0 a F90.9).

**Resultados.** Del total de los 7.070 pacientes vistos en las consultas en el periodo de tiempo determinado, se incluyeron 3.416 pacientes con diagnóstico de TDAH, de estos un 44% presentaba comorbilidades asociadas. El análisis longitudinal mostró un incremento progresivo del porcentaje de pacientes diagnosticados en la consulta a lo largo de los últimos años, desde el 28,4% en 2011 al 59,6% en 2017, el porcentaje de TDHA con comorbilidad se mantuvo estable. El porcentaje de pacientes tratados se incrementó del 74% en 2011 al 87% en 2017. No hubo diferencias significativas en relación con los pacientes que presentaban comorbilidad asociada (2017: 86,2% vs



194

86,9%). La frecuencia de prescripción para cada grupo farmacológico se muestra en la tabla 1. Los estimulantes fueron los fármacos más prescritos. La prescripción de los otros grupos terapéuticos fue significativamente mayor en el grupo con comorbilidad. % de pacientes tratados

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ESTIMULANTES	83,0	89,3	78,5	85,8	95,1	93,3	93,3
COMORBILIDAD	70,9	72,6	63,5	80,4	82,5	81,4	84,4
NO ESTIMULANTES	15,5	24,8	27,4	7,6	4,6	12,3	12,3
SIN COMORBILIDAD	25,5	22,6	24,6	30,1	6,6	8,8	19,7
CON COMORBILIDAD	9,4	6,8	7,7	2,8	8,0	10,5	7,6
CON COMORBILIDAD	20,0	21,7	30,5	30,1	27,9	18,9	21,6
HIPNOTICOS/ANSIOLITICOS	1,9	2,9	2,9	0,5	1,5	2,9	1,7
SIN COMORBILIDAD	18,2	5,7	9,0	9,1	12,7	8,8	8,6
CON COMORBILIDAD	9,4	2,9	5,5	2,8	6,1	11,3	6,4
CON COMORBILIDAD	17,7	20,8	25,1	31,5	45,4	30,9	29,0

Las asociaciones más frecuentes fueron el uso de estimulantes con antidepresivos (13,9% en 2017), antipsicóticos (13,2 % en 2017) y no-estimulantes (10,6% en 2017, fundamentalmente a expensas de la guanfacina).

**Conclusion.** El diagnóstico de TDHA en la consulta de psiquiatría del Hospital Puerta de Hierro –Majadahonda se ha incrementado entre los años 2011-2017. Casi la mitad de los niños con TDHA presentan comorbilidades asociadas. El porcentaje de pacientes con tratamiento farmacológico permanece estable. Los fármacos más frecuentemente prescritos son los estimulantes. El uso concomitante de otros psicofármacos en el tratamiento del TDAH, especialmente en pacientes con comorbilidad, se ha incrementado significativamente, siendo los antidepresivos seguidos por los antipsicóticos los más prescritos.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Drugs R. 2013;13:271-280; (2)NICE Guidelines 72.2008.pp 1-56. (3)Clin Therapeutics. 2011; 33(2):188-203. (4)Eur.Child Adolesc Psychiatry.2010;19:159-166

### P73 MALFORMACIÓN DE CHIARI TIPO 1, HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL IDIOPÁTICA, TEA Y T BIPOLAR. DESCRIPCIÓN DE UN CASO

*Piera Vives Àngels; Del Real Peña Àgata; Varela Casal Paloma; Daví Loscos Eva; Boix Esther; Jacobowitz Denise; Moreno Sancho Lara; Vilella Vanessa; Balcells Roser; Berrocal Carmen; Medina Mar; Cañete Josep Hospital De Mataró*

La malformación de Chiari tipo I se caracteriza por el descenso caudal de las amígdalas cerebelosas a través del foramen magnum. En ocasiones la malformación de Chiari puede acompañarse de incremento de la presión intracraneal por bloqueo de la circulación del LCR o puede coincidir como una comorbilidad. Diversos estudios han mostrado asociación entre el trastorno por déficit de atención, el trastorno del espectro autista y la malformación de Chiari tipo I. Nosotros describimos el caso de un adolescente de 13 años afectado de Malformación de Chiari T 1, e intervenido a los 8 años por HTIC benigna con derivación ventrículo-peritoneal y diagnosticado de TEA y TDAH. Ha presentado una grave desregulación emocional, con episodios de intensa irritabilidad, llanto o excitación, desinhibición en las relaciones interpersonales y erotización, incremento de la actividad y paranoia y alucinaciones auditivas, con grave repercusión conductual, con episodios intempestivos de auto y heteroagresividad. Se ha orientado como un Episodio maniaco con síntomas psicóticos, al que se ha orientado como episodio maniaco y que ha mejorado con tratamiento con sales de litio y paliperidona.

### P74 GRUPO DE HABILIDADES DE TDC EN EL HOSPITAL DE BASURTO CARACTERÍSTICAS DE UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES PARTICIPANTES

*Kerexeta Lizeaga Iñaki; Díaz Cosgaya Aida; Fernández Rivas Aranzazu; Sesma Pardo Eva; Vivanco González Esther; Orgaz Barnier Pablo; Labrada Lerma Ana; Jarrín Arrivillaga Ana María; González Torres Miguel Àngel*



*Hospital Universitario De Basurto, Servicio De Psiquiatría*

**Introducción:** El Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Basurto ofrece el paquete completo de tratamiento de Terapia Dialéctica Conductual de M. Linehan tanto a adolescentes (y sus padres) como a adultos con diagnóstico de TLP o rasgos de personalidad marcadamente impulsivos, con conductas autolesivas e inestabilidad emocional. El programa TDC oferta terapia individual, entrenamiento grupal en habilidades, coaching telefónico, e incluye equipo de supervisión de terapeutas.

**Material Y Métodos:** Se presenta la descripción de una muestra obtenida en el Hospital Universitario de Basurto de Bilbao. La muestra fue recogida a lo largo de los últimos cuatro años y consiste en 118 adolescentes que asisten o han asistido a los grupos de habilidades de Terapia Dialéctica Conductual (TDC) para adolescentes con edades comprendidas entre los 11 y los 18 años. Sus diagnósticos incluyen trastornos de la personalidad, trastornos alimenticios, trastornos del estado de ánimo y trastornos de conducta; una porción significativa de la muestra incluye sujetos que cumplen criterios DSM-5 para TLP o pacientes con síntomas subclínicos del trastorno. Los datos descriptivos fueron analizados con el programa estadístico SPSS usando estadísticos descriptivos de frecuencias.

**Resultados:** Un porcentaje significativo de la muestra está formado por mujeres adolescentes entre 15-17 años que se encuentran en el último ciclo de la ESO. La mayoría fueron derivados a los grupos de habilidades desde consultas externas o desde la hospitalización en Psiquiatría Infanto-juvenil. Los motivos de admisión a los grupos fueron mayoritariamente alteraciones de conducta, inestabilidad emocional o autolesiones. Los pacientes rellenan a su entrada diversos cuestionarios, que exploran rasgos límites de personalidad, patología internalizante y externalizante, sintomatología depresiva, función reflexiva y habilidades de conciencia. El grupo de habilidades para los padres o tutores de estos pacientes está disponible.

**Conclusiones:** La Terapia Dialéctica Conductual ha demostrado su eficacia en la disminución de las visitas a los Servicios de Urgencias, reingresos en plantas de

psiquiatría y autolesiones en pacientes con rasgos límites de personalidad o TLP. La correcta identificación e inclusión en el programa de pacientes adolescentes con dicha sintomatología, contribuye a la recuperación funcional y a evitar la cronicación del cuadro.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Linehan, M. (2005). Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Barcelona: Paidó's Ibérica.

## P75 DIFERENCIAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICAS ENTRE PACIENTES CON TRASTORNO DE LA COMUNICACIÓN SOCIAL (PRAGMÁTICO) Y EL TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA SEGÚN DSM-5 EN UNA MUESTRA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

*Ortiz García Ana Encarnación; Blázquez Hinojosa Ana; Calvo Escalona Rosa; Varela Bondelle Eva; Puig Navarro Olga; Lázaro García Luisa  
Hospital Clínic De Barcelona*

**Introducción:** una de las novedades del DSM-5 ha sido la inclusión del trastorno de la comunicación social (pragmático) (TCS). Este trastorno se diferencia del trastorno del espectro autista (TEA) en que los pacientes no presentan intereses restringidos ni conductas de tipo repetitivo (1). En este diagnóstico se han incluido los pacientes anteriormente catalogados como trastornos generalizados del desarrollo no especificado (TGDNOS) según DSM-IV, aunque su intención es que sirva para diagnosticar con mayor precisión pacientes antes clasificados en una categoría de diagnóstico no especificado. Sin embargo, su base fenomenológica es controvertida (2,3).

**Objetivo:** analizar las diferencias clínicas entre los pacientes diagnosticados de TEA y los diagnosticados de TCS según criterios DSM-5.

**Material y métodos:** el estudio se realizó en el servicio de psiquiatría y psicología infanto-juvenil del Hospital Clínic de Barcelona. Se revisaron 83 historias clínicas de pacientes que cumplían criterios de TEA y TCS



según el DSM-5 y entrevista diagnóstica revisada para el autismo (ADI-R). Se revisaron también las baterías neuropsicológicas infantiles de estos pacientes (WISC-IV). Se excluyeron los pacientes con coeficiente intelectual (CI) por debajo de la normalidad. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas para valorar diferencias pronósticas a medio plazo entre los dos diagnósticos (CI, diagnósticos comorbidos, tratamiento, seguimiento, rendimiento escolar y funcionamiento social con iguales).

**Resultados:** se incluyeron 68 pacientes diagnosticados de TEA y 15 diagnosticados de TCS. No hubo diferencias de género ni de edad entre ambos grupos. A nivel basal no había diferencias de nivel socioeconómico familiar. A medio plazo se encontraron diferencias en el CI, siendo significativamente mayor en el grupo TCS ( $p=0,039$ ), con mejores puntuaciones en velocidad de procesamiento ( $p=0,008$ ). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la comorbidad diagnóstica, vinculación a servicios de salud mental, rendimiento académico o funcionamiento social. En el grupo TEA había un porcentaje mayor de pacientes en tratamiento psicofarmacológico ( $p=0.045$ ).

**Conclusiones:** teniendo en cuenta el tratamiento con psicofármacos parece que los síntomas de TEA interfieren de forma más significativa a nivel emocional, social, familiar y académico, aunque parece no haber otras diferencias a medio plazo, probablemente porque el abordaje psicoterapéutico actual es similar. Será necesario hacer más estudios para confirmar si dichas entidades son diferentes en cuanto a la intervención a realizar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.; DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.

## P76 PSICOSIS, AUTISMO Y COMPULSIÓN: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y EVOLUCIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Díaz Cosgaya Aida; Kerejeta Lizeaga Iñaki;  
Aguirregomoscorta Menéndez Fernando; Fernández  
Rivas Aránzazu; Oña García Aurora; Rodríguez Pereira

Carolina; Orgaz Barnier Pablo; Sesma Pardo Eva;  
Vivanco González Esther; González Torres Miguel Ángel  
Hospital Universitario Basurto

Paciente que ingresa en la unidad de hospitalización de psiquiatría infanto-juvenil por alteraciones de la conducta con heteroagresividad.

**Antecedentes Personales:** Paciente de 17 años y 4 meses. Hijo único, reside con ambos padres. Absentismo escolar.

**Antecedentes médicos:** sin antecedentes médicos relevantes.

**Antecedentes psiquiátricos** En 2014 comienza seguimiento en el centro de salud mental donde recibe el diagnóstico de episodio depresivo moderado. Recibe tratamiento con fluoxetina, clomipramina y risperidona. Incluido en Programa de Primeros Episodios Psicóticos por descompensación psicótica. Derivación Centro Educativo terapéutico por aislamiento domiciliario. Posterior ingreso en hospitalización privada. Al alta diagnóstico de Trastorno de la personalidad esquizotípico, trastorno de Asperger y psicosis y tratamiento con aripiprazol, sertralina y clonazepam.

**Enfermedad actual:** Tras alta hospitalaria de nuevo aislado en su domicilio, sin contacto social, negativa a la escolarización. Presenta alteraciones de la conducta en forma de heteroagresividad y amenazas autolíticas ante el mínimo límite.

**Exploración psicopatológica:** Consciente y orientado en tres esferas. Afecto empobrecido, inadecuado, sonrisas inmotivadas, no adecuación social. Lenguaje espontáneo, fluido, hiperconcreto, con nula modulación del tono emocional. Discurso centrado en la necesidad de vivir en el lujo absoluto. Ante la confrontación se produce la desorganización de la narrativa y del propio pensamiento caracterizado por rigidez escasa capacidad de abstracción y mentalización. Presenta ideas de delirantes megalomaniacas acerca de su futuro profesional y el objetivo de ser millonario. Ideación delirante autoreferencial. Replegamiento autístico. En su situación actual surgen ideas de muerte y grave repercusión emocional y conductual. Fenómenos de lectura del pensamiento y alucinaciones auditivas en el



pasado. Ideas obsesivas de limpieza y contaminación. Conductas compulsivas de limpieza, vestido y orden.

**Evolución:** Inicia tratamiento con clozapina 350mg y sertralina 200mg con buena evolución de la sintomatología psicótica y compulsiva. Se incorpora al hospital de día para primeros episodios psicóticos manteniéndose hasta la actualidad con una marcada mejoría clínica y funcional.

**Discusión:** Se plantea el diagnóstico diferencial del paciente entre Trastorno del Espectro Autista, Trastorno psicótico y Trastorno Obsesivo Compulsivo.

### **P77 USO PALMITATO DE PALIPERIDONA EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES**

*De Castro Manglano Pilar; Pereira Sánchez Víctor; Hernández González Cecilia; Arrieta Pey María; Santos Burguete Marta; Álvarez De Mon González Miguel; Ferrer-Chinchilla Nuria; Díez Suárez Azucena; Soutullo Esperón César*  
*Clínica Universidad De Navarra*

**Introducción:** Palmitato de paliperidona (PP) es una molécula con demostrada eficacia y tolerabilidad en el tratamiento de trastornos mentales graves. Actualmente disponemos de menor evidencia para su uso en adolescentes y adultos jóvenes. El objetivo del estudio es describir el perfil sociodemográfico, clínico y de seguimiento terapéutico en una muestra de adultos jóvenes y adolescentes para valorar los resultados preliminares en eficacia sostenida y tolerabilidad.

**Material y métodos:** Se ha llevado a cabo un estudio observacional retrospectivo de seguimiento de pacientes entre 15-30 años, atendidos en nuestro Departamento y en tratamiento con PP mensual o trimestral. Las variables recogidas abarcan información sociodemográfica, clínica y de seguimiento terapéutico.

**Resultados:** De entre los 23 pacientes que recibieron tratamiento con PP, el diagnóstico más frecuente (61%) fue Trastorno negativista desafiante (TND), seguido por otros como Esquizofrenia, Trastorno por usos de sustancias o Trastorno bipolar. La edad media de los pacientes se situó en 21 años. La duración del tratamiento

fue de 8,9 meses. El 87% de los pacientes recibió monoterapia antipsicótica. La adherencia terapéutica se mantuvo en el 83% de los pacientes. El 23% requirió ingreso tras inicio del tratamiento.

**Conclusiones:** PP ha sido empleado con seguridad en nuestra muestra, obteniéndose un perfil sociodemográfico y diagnóstico variado, en el que destaca su indicación en el TND. Con dosis bajas o moderadas se lograron escasos reingresos, así como un aceptable perfil de tolerabilidad y eficacia en el tratamiento a largo plazo.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Lytle S, McVoy M, Sajatovic M. Long acting injectable antipsychotic in children and adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2017;27(1):2-9.
2. Savitz AJ, Lane R, Nuahmah I, Gopal S, Hough D. Efficacy and safety of paliperidone extended release in adolescents with schizophrenia: a randomized, double-blind study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2015;54(2):126-137.
3. Kaplan G, Kasoy J, Zummo J. Impact of long-acting injectable antipsychotics on medication adherence and clinical, functional, and economic outcomes of schizophrenia. *Patient Preference and Adherence* 2013: 7 1171-1180.

### **P78 PREVALENCIA DE CASOS DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TEA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE CARTAGENA**

*Díaz-Caneja Greciano M Ángeles; Laiz Reverte Cristina; Cardelle Pérez Federico; García Marín Sara*  
*Unidad De Salud Mental Infanto-Juvenil Cartagena*

En la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Cartagena se ha observado un aumento del número de casos con el diagnóstico de Trastorno del espectro autista (TEA) o Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado (TGD).

Se ha recogido el número de casos atendidos con estos diagnósticos en 2012 y en 2016 para llevar a cabo una comparativa a través del programa informático SELENE.

Desde 2012 hasta 2016 ha aumentado exponencialmente



198

el número de niños y adolescentes derivados con TEA o TGD. En 2012 había 257 casos siendo 450 casos en 2016. Esto supone un 14% de los casos vistos en un año.

Debido a este aumento de casos de TEA y TGD se han desarrollado programas específicos de atención a familias y a niños y adolescentes con estos diagnósticos. Se organizan grupo psicoeducativo para padres cuyos hijos han sido diagnosticados recientemente. También se ofrece grupo de apoyo emocional a los padres de niños con TEA. Para los niños y adolescentes se realizan terapia grupal de Habilidades Sociales. Se ofrece seguimiento de enfermería para problemas de alimentación, sueño o de conducta.

## **P79 SINDROME DE ANGELMAN Y TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

*Vaquero Serrano Julio David; Salazar De Pablo Gonzalo; Gómez Vallejo Sandra; De Diego Ruiz Héctor; Crespo Generelo Teresa; Cabello De Alba Cabello De Alba Sara María; Cenalmor Aparicio Carlos Manuel; Hernández Jurdado Patricia  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón*

Paciente de 14 años derivada desde su centro de referencia a consulta de Atención Médica Integral del Trastorno del Espectro Autista.

Se trata de una paciente con antecedentes de síndrome de Angelman, diagnosticada al año y medio de edad, así como de epilepsia, en seguimiento por Neurología. La paciente no emite lenguaje.

Acude a consulta por presentar alteraciones de conducta en contexto de intolerancia a la frustración. Además, se objetivan insomnio, conductas regresivas en el colegio, conductas repetitivas con movimientos de aleteo con ambas manos, labilidad emocional y tendencia al aislamiento. Presenta a su vez dificultades importantes en la interacción social, no interaccionando con sus compañeros ni prácticamente con sus padres. Además, se objetiva hipersensibilidad a distintos estímulos auditivos.

Debido a esta sintomatología se establece el diagnóstico de trastorno del espectro autista.

A la exploración, marcha atáxica con ligera ampliación de la base de sustentación. Abdomen globuloso y estreñimiento. Además, se objetivan dos nevos melanocíticos con coloración y bordes regulares en cara

lateral izquierda y derecha del cuello siendo diagnosticada de nevos intradérmicos por parte de dermatología.

La paciente se encuentra en tratamiento con aripiprazol y ácido valproico, así como clonazepam si precisa.

Pruebas complementarias:

- EEG: Descargas epilépticas en regiones posteriores de ambos hemisferios.
- FISH: Región 15q11-15q13 presenta un fenómeno de impronta por metilación

El síndrome de Angelman es un trastorno neurológico de origen genético debido a grandes deleciones en el locus del brazo largo del cromosoma 15 que ocasiona trastornos en el desarrollo, en el aprendizaje y en la conducta. La prevalencia es de 1: 25.000.

Más de la mitad de los pacientes con síndrome de Angelman presentan crisis convulsivas que suelen aparecer en la infancia precoz. Además, puede haber comorbilidad con otros trastornos somáticos incluyendo patología digestiva, dermatológica y oftalmológica. Desde el punto de vista neuro-psiquiátrico, pueden aparecer trastornos de conducta así como trastornos del neurodesarrollo. La discapacidad intelectual es frecuente.

El diagnóstico, se establece mediante Hibridación fluorescente in situ (FISH), en la que se detecta la deleción en el cromosoma 15. El tratamiento del síndrome de Angelman es sintomático, habiéndose probado el uso de anticonvulsivos y antipsicóticos.

## **P80 ESTUDIO PILOTO SOBRE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN ATENCIÓN PLENA EN ADOLESCENTES CON DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE TDAH**

*Vázquez De La Torre Escalera Paloma; Rodríguez Campos María; Zabaleta Andreu Iraia  
Programa Infanto-Juvenil Hu Fuenlabrada*

**Introducción:** La terapia cognitiva basada en mindfulness, a través de programas de entrenamiento en Atención Plena en niños o adolescentes, presenta resultados positivos como terapia de apoyo para patologías como la depresión. En el caso del TDAH los estudios son aún muy escasos, si bien los resultados publicados son prometedores. Nuestra investigación pretende estudiar la aplicación de dicha terapia en grupos sucesivos de adolescentes con clínica de TDAH apoyándonos en escalas de valoración de síntomas de



TDAH, ansiedad y depresión. En el presente trabajo se presentan los resultados pilotos en un primer grupo.

**Material y Métodos:** Se realizó un programa de entrenamiento en Atención Plena en un grupo de siete adolescentes entre 12 y 16 años, con diagnóstico de TDAH según criterios DSM-V.

Se realizaron test pre y post grupales: CPT3, STAI, HAD y Termómetro de distrés.

**Resultados:** Dos pacientes que tuvieron en el CPT3 un resultado pre y post de no sugestivos de TDAH, mostraron una mejoría clara en las escalas HAD y STAI. En ambos casos el tratamiento psicoestimulante fue retirado tras el grupo por mejoría.

En el resto de pacientes los resultados del HAD pre y post grupo muestran una mejoría generalizada. Los resultados del STAI y CPT3 muestran una tendencia a la mejoría pero más desigual.

El termómetro de distrés fue retirado del análisis, ya que fue interpretado de forma errónea por los participantes.

Salvo en un caso en que fue preciso aumentar el tratamiento farmacológico, en el resto de pacientes los tratamientos psicofarmacológicos fueron retirados (2), reducidos (1) o no modificados (3).

**Conclusiones:** Dado el tamaño muestral no es posible analizar con una significación estadísticas los cambios obtenidos en los test. No obstante, como estudio piloto, nos permite observar una tendencia positiva, así como la necesidad de modificar y ajustar mejor las escalas empleadas.

El estudio también sugiere el posible error diagnóstico en algunos casos de cuadros más depresivos o ansiosos que mejoran de forma más clara con el empleo de programas de atención plena.

Por último, si bien no es su finalidad, nos sugiere el valor del test CPT3 en cuanto a detección de síntomas nucleares de TDAH más allá del diagnóstico clínico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Meppelink R, de Bruin EI, Bögels SM. Meditation or Medication? Mindfulness training versus medication in the treatment of childhood ADHD: a randomized controlled trial. BMC Psychiatry. 26 de julio de 2016; 16:267.

## P81 REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL USO DE NEUROFEEDBACK COMO MÉTODO TERAPÉUTICO EN EL TDAH

*Fernández Fernández Jennifer; Seijo Zazo Elisa; Díaz De La Peña Alicia; Muquebil Ali Al Shaban Rodríguez Omar Walid; Saavedra Rionda Isabel; Coto Lesme Rocío; Pereira Lestayo Isabel; Méndez Méndez Dolores; Concha Verónica*

*CSM Área VI, Asturias; UHP Adolescentes HUCA, Asturias; CSM Infanto-Juvenil Área VI, Asturias; Hospital San Agustín, Área III, Asturias; CSM Área VI, Asturias; Universidad Oviedo, Asturias; HUCA, Asturias; HUCA, Asturias; HUCA, Asturias*

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es una de las afecciones más prevalentes entre pacientes menores de edad así como el principal motivo de consulta en los centros de salud mental. Entre las opciones terapéuticas se encuentran la farmacoterapia asociada a terapia psicosocial y otras técnicas psicoterapéuticas.

Con el desarrollo de la tecnología están surgiendo nuevas alternativas como el neurofeedback que abren un horizonte terapéutico; si bien hay que ser cautelosos a la hora de recomendar dichas técnicas por falta de evidencia científica sólida que respalde las mismas.

Para poder dar luz sobre esta cuestión, el presente estudio tiene como objetivo realizar una revisión bibliográfica sobre la eficacia del neurofeedback como tratamiento en menores de edad con diagnóstico de TDAH.

La revisión se ha realizado a través de documentos en formato digital ubicados en plataformas digitales como PubMed, Embase o Clinical Key. La búsqueda se ha realizado en inglés y en español con múltiples criterios de inclusión/exclusión para garantizar que los estudios revisados no estén obsoleto y cuenten con un mínimo rigor científico.

El total de artículos examinados fue de 21 y el resultado de los mismos fue contradictorio. A pesar de encontrar varios ensayos clínicos aleatorizados controlados con placebo, la validez de los mismos es cuestionable, por lo tanto no se cuenta con suficiente evidencia científica que respalde la eficacia y recomendación del uso de estas técnicas en nuestra práctica clínica.



## P82 EPISODIO MANIACO PORENCEFALITIS ANTINMDA

Salazar De Pablo Gonzalo; Vaquerizo Serrano Julio David; Gómez Vallejo Sandra; De Diego Ruiz Héctor; Delgado Acosta Carlos  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Mujer de 14 años que ingresa en la unidad de adolescentes de psiquiatría por sintomatología maniforme.

Se trata de una paciente sin antecedentes psiquiátricos ni somáticos conocidos, de personalidad de base introvertida, muy estudiosa y muy respetuosa, que comienza de manera aguda con alteración de conducta.

Refiere aceleración del pensamiento y ánimo elevado. Se objetiva labilidad emocional y ansiedad evidentes, presentando un discurso con taquialia, saltatorio y desorganizado. La paciente describe pseudoalucinaciones auditivas en forma de risas percibidas.

La madre refiere empeoramiento académico, comentando a su vez que empiezan a notarla más inadecuada en el contacto interpersonal. Comienza a hablar más rápido de lo normal, a emitir risas inmotivadas y a mostrarse absorta. Presenta igualmente episodios de hiperquinesia.

Una semana antes del ingreso comienza además con sintomatología somática en forma de cefalea y dolor abdominal, de mayor intensidad durante la noche.

**Pruebas complementarias:** EEG: Actividad de fondo simétrica con ritmo alfa parieto occipital abundante a 10 Hz que se bloquea adecuadamente con la apertura palpebral. Actividad theta anterior bilateral. Ondas lentas posteriores. Ritmos rápidos de distribución anterior. Lentificación global del registro.

RM: No se observan anomalías significativas en vermis, hemisferios cerebelosos ni tronco del encéfalo. Lesión extensa afectando fundamentalmente a la cortical del lóbulo temporal derecho, incluyendo la región mesial, la amígdala cerebral y la región perisilviana. Se observa restricción de la difusión fundamentalmente en las circunvoluciones más

PL: PCR herpes 1 y 2, VVZ y enterovirus negativas. Anticuerpos antiNMDA positivos

Se establece el diagnóstico de encefalitis anti-NMDA y se inicia tratamiento inmunomodulador con

inmunoglobulinas (dosis 0.4 g/día durante 5 días) y corticoides (metilprednisolona 1g/día durante 5 días), continuando posteriormente con prednisona 1mg/kg/día con mejoría importante.

La encefalitis autoinmune anti-NMDA es una enfermedad que se produce cuando los anticuerpos producidos por el propio sistema inmunológico atacan a los receptores NMDA. Estos receptores son esenciales para el juicio, la percepción de la realidad y las interacciones humanas. Pueden aparecer síntomas pseudogripales, alteraciones de la memoria, trastornos del sueño, trastornos del movimiento y trastornos neuropsiquiátricos, incluyendo sintomatología psicótica y maniforme. El diagnóstico requiere la identificación de estos anticuerpos en los fluidos corporales, normalmente en líquido cefalorraquídeo.

El tratamiento incluye corticoesteroides e inmunoglobulinas intravenosas.

## P83 MUTISMO SELECTIVO, ABORDAJE TERAPÉUTICO DESDE UN CENTRO DE SALUD MENTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Molina García Auxiliadora; Gómez Rodríguez M<sup>a</sup> Belén; Baquero Leyva Miriam  
Csm Parla; Csm Parla; Hospital Universitario Infanta Cristina

**Introducción:** El mutismo selectivo (MS) está incluido dentro de los trastornos de ansiedad en la clasificación DSM-V. Se caracteriza por un fracaso constante para hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar a pesar de hacerlo en otras situaciones. La prevalencia es alrededor del 1%. Suele iniciarse antes de los 5 años de edad y puede ocasionar un deterioro social y académico. Las opciones terapéuticas incluyen terapia cognitivo-conductual, familiar, psicoterapia y tratamiento farmacológico. La psicomotricidad ha surgido recientemente como otra propuesta.

**Material y métodos:** Se presenta el caso clínico de un menor de 5 años de edad con MS. Los padres referían que empezó a hablar muy pronto, siempre con timidez, con reservas, pero con el inicio de la escolarización ya no habla a los profesores y se hace entender dirigiéndose



a ellos con gestos, al igual que con sus iguales. En el domicilio la "conversación es normal, fluida", pero sólo con los padres y hermanos y no con la familia extensa. Los padres justifican en parte su actitud con que es un niño tímido pero el que no hable está empezando a interferir en las relaciones interpersonales y frenando su proceso de aprendizaje. En el domicilio presenta en ocasiones un comportamiento oposicionista.

**Resultados:** El MS puede interferir en los logros educativos o en la comunicación social, tal como ocurrió en el caso clínico expuesto. Durante el tiempo de seguimiento en el Centro de Salud Mental (CSM) no se observó mejoría con el tratamiento ambulatorio, por lo que se plantearon otras opciones terapéuticas como Hospital de Día que fueron rechazadas por la familia, que sí aceptó la asistencia del menor a un grupo de Terapia ocupacional que se realiza en nuestro CSM, empezándose a observar un ligero avance.

**Conclusiones:** En la mayoría de los casos, el tratamiento se retrasa durante varios años ya que estos niños son considerados tímidos y hablan con normalidad en casa, pero cuando la situación se mantiene, pueden surgir problemas en ámbito social y académico, de ahí la importancia del tratamiento precoz.

## BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
2. Esposito M, Gimigliano F, Barillari MR, Precenzano F, Pediatric selective mutism therapy: a randomized controlled trial. Eur J Phys Rehabil Med. 2017.
3. Bergman RL, Piacentini J, McCracken JT. Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002.

## P84 LEUCEMIA Y PSICOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Hernández González Cecilia; Vallejo Valdivieso María; Ariza Vázquez Francisco; Díez Suarez Azucena*  
Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Clínica Universidad de Navarra.; Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Clínica Universidad de Navarra.; Unidad

*de Salud Mental Infanto-Juvenil, Hospital Universitario Puerto Real.; Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Clínica Universidad de Navarra.*

**Introducción:** Los avances de las últimas décadas en el diagnóstico y el tratamiento de la leucemia infantil han mejorado el pronóstico de los niños, pero las complicaciones neurológicas han aumentado<sup>2</sup>. Las encefalopatías tóxicas y metabólicas son frecuentes en pacientes con cáncer y es importante hacer un adecuado diagnóstico diferencial para instaurar el tratamiento adecuado<sup>1</sup>.

**Material y métodos:** Niña de 14 años que ingresa a cargo de la unidad de salud mental infanto-juvenil por alteraciones del comportamiento y conductas desorganizadas. La niña padece leucemia linfobástica aguda-L1 PreB.

Tras último tratamiento de quimioterapia administrado, comenzó con pico febril que motivó ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos, tratado como posible encefalitis tóxica. El segundo día de ingreso comenzó con clínica compatible con delirium: desorientación, verborrea y lenguaje incoherente. Posteriormente mostraba inquietud psicomotriz, discurso delirante, alucinaciones auditivas, hipersexualidad, pérdida de control de esfínteres y negativa a comer. Coincidiendo con la administración de inmunoglobulinas, hubo una remisión brusca de los síntomas, reapareciendo tras unos días.

Durante el ingreso se realizó interconsulta a neurología, medicina interna, hematología, dermatología y oftamología. Se realizaron pruebas analíticas, EEG, Punción Lumbar, RNM cerebral.

Diagnóstico diferencial: encefalitis vírica/bacteriana/metabólica, síndrome paraneoplásico, accidentes cerebrovasculares, trastorno psicótico de origen psiquiátrico.

### Resultados:

- Juicio clínico al alta: Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos.
- Tratamiento: respuesta insuficiente a Risperidona 4mg/día y Olanzapina 10mg/día, respondiendo a Aripipazol 10 mg/día, con remisión progresiva de los síntomas.
- Seguimiento en Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil con remisión total progresiva de la clínica psicótica y retirada progresiva del tratamiento



farmacológico hasta suspensión del tratamiento a los 6 meses. Seguimiento durante un año, asintomática.

**Conclusiones:** Se han descrito síntomas neurológicos y psiquiátricos por causas relacionadas con la enfermedad, causas iatrogénicas y causas externas<sup>3</sup>. El tratamiento de las encefalopatías tóxicas incluye la disminución o detención de la administración del fármaco y medidas de soporte. Los síntomas psiquiátricos parecen responder a antipsicóticos pero cada caso continúa siendo reto ante la falta de evidencia, la complejidad propia de la enfermedad y los múltiples fármacos empleados.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Ortega M, Osnaya M, Rosas J. Leucemia linfoblástica aguda. *Med Int Mex* 2007; 23: 26-33.
2. López D, Valle S, Ferrer A, Coves J, Galán N, Gimeno J, Pajares I, Rodríguez V. Complicaciones neurológicas del paciente con cáncer. *Psicooncología* 2011; 8(1): 53-64.
3. Sociedad española de Oncología Médica. Manual SEOM de cuidados continuos. 2008; 223-229

#### P85 PSICOPATOLOGÍA EN PACIENTES CON DOLOR ABDOMINAL FUNCIONAL PEDIÁTRICO

*Fort Pelay Natalia; Guallarte Maria Pilar; Loverdos Ines; Esplugua Núria; Pamiás Montserrat C.S.M.I.J Parc Tauli; Parc Tauli. ; Parc Tauli; C.S.M.I.J Parc Tauli; C.S.M.I.J Parc Tauli*

**Introducción:** Los Trastornos Funcionales Digestivos pediátricos representan el 50% de las consultas de Gastroenterología Pediátrica.

Según los criterios de Roma III el Dolor Abdominal debe ser continuo o episódico, durar más de 2 meses al menos 1 vez a la semana, sin evidencia demostrable de patología orgánica y presentarse con síntomas típicos de Dispepsia, Síndrome del Intestino Irritable, Migraña Abdominal o Síndrome del Dolor Abdominal Funcional.

El Dolor Abdominal Funcional se asocia con frecuencia a limitación funcional, comorbilidad psiquiátrica (ansiedad elevada y depresión), absentismo escolar

y baja calidad de vida. Así como a veces persiste a lo largo de los años y se asocia a otros problemas de dolor y Trastornos psiquiátricos a lo largo de la vida.

**Material y métodos:** Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes derivados desde el Servicio de Gastroenterología Pediátrica al CSMIJ con el diagnóstico de Dolor Abdominal Funcional, con el objetivo de describir variables demográficas, los diagnósticos realizados en CSMIJ, así como las escalas significativas en el cuestionario CBCL de Achenbach (Child Behaviour Checklist).

**Resultados:** De los pacientes atendidos en un período de 18 meses (N=16) derivados desde el Servicio de Gastroenterología al CSMIJ con Dolor Abdominal Funcional, el 59% eran de sexo femenino, con una edad media de 12 años ( $\pm 3$ ). En esta muestra el 36% tenían antecedentes psiquiátricos, el 38% Trastornos de Ansiedad, el 25% TDAH, el 25% Trastornos Adaptativos, otros diagnósticos psiquiátricos en un 13%. El 73% tenían antecedentes psiquiátricos familiares, el 31% Trastornos de ansiedad y Trastornos afectivos, en un 19% Trastornos de Ansiedad, en un 19% Trastornos Somatomorfos. Respecto a los diagnósticos realizados en CSMIJ predominaron los Trastornos de Ansiedad en un 45% respecto a los Trastornos depresivos (4%) y Trastornos Adaptativos (22%). En un 13% de casos no se halló diagnóstico psiquiátrico. En el cuestionario CBCL los pacientes diagnosticados de Trastorno de Ansiedad puntuaron significativamente en las escalas de somatización, ansiedad/depresión, internalizante y total.

**Conclusiones:** En la muestra de pacientes derivados con Dolor Abdominal Funcional se encuentra una prevalencia aumentada de Trastornos de Ansiedad y de Trastornos Adaptativos, de forma congruente a los estudios publicados. Los pacientes con Dolor Abdominal Funcional requieren despistaje psiquiátrico. Se necesita ampliar número de pacientes y variables a analizar.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Campo JV, Gilchrist RH. Psychiatric comorbidity and functional abdominal pain. *Pediatr Ann* 2009 May; 38(5):283-7.



## P86 TRASTORNO CONVERSIVO EN ADOLESCENCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Díaz-Caneja Greciano M Ángeles; Laiz Reverte Cristina; Cardelle Pérez Federico  
Unidad De Salud Mental Infanto-Juvenil Cartagena*

Se presenta el caso de una chica de 14 años que presenta episodios recurrentes de mareos, cefaleas con aumento de ansiedad que terminan en aparente pérdida de conciencia simulando un ataque epiléptico.

Durante estos episodios que han tenido lugar en el instituto donde estudia o en su domicilio, la adolescente no responde a estímulos táctiles y en ocasiones presenta agitación extrema llevándose las manos al cuello. Estos episodios pueden llegar a durar de 30 a 90 minutos. Se le administra ansiolíticos con respuesta parcial. Cuando recobra la conciencia parece que no reconoce a sus familiares y está desorientada.

Ha sido valorada por cardiología y neurología quien considera que se trata de pseudocrisis epilépticas de carácter conversivo. Se han realizado analíticas completas, EEG y RNM cerebral con resultados dentro de la normalidad.

La paciente refiere dificultades en las relaciones familiares con su madre quien es bastante negativa y crítica hacia su hija en cuanto a su apariencia física o las actividades que realiza. También ha tenido problemas en las relaciones con sus amigas coincidiendo algún episodio después de alguna discusión con ellas. Se siente rechazada por ellas.

La familia refiere estar bajo presión debido a problemas económicos que afectan al funcionamiento de una empresa familiar donde trabajan los padres y la hermana mayor. En los antecedentes personales destaca separación de la familia de origen cuando tenía 3 años durante un año que coincide con problemas del padre con la ley. La paciente fue cuidada por la abuela materna. La paciente reconoce que se sintió abandonada y rechaza a su hermana mayor que continuo en el hogar familiar. En los antecedentes familiares, el padre está en seguimiento por salud mental por presentar trastorno depresivo. La madre ha comenzado terapia psicológica en el equipo de adultos durante este tiempo.

La paciente refiere que durante los episodios está en contacto con espíritus malignos y durante el tiempo

que estaba desmayada pensaba que quien le hablaba y le tocaba eran esos espíritus lo que incrementaba la ansiedad. Cree que puede estar en contacto con el espíritu de familiares fallecidos o personas que se han suicidado. Dice que le daba vergüenza comentar estas ideas pero se ha sentido apoyada por su familia.

Desde entonces han disminuido los episodios de desmayo y la estabilidad clínica es evidente. No recibe tratamiento farmacológico.

Este caso pertenece a un trastorno conversivo en la adolescencia. Se comentan los criterios diagnósticos.

## P87 ADVERSIDAD PSICOSOCIAL Y NIVELES DE CORTISOL EN ADOLESCENTES CON PSICOSIS DE INICIO PRECOZ: RESULTADOS PRELIMINARES

*Varela Eva; Puig Olga; Baeza Immaculada; Sugranyes Gisela; Badia Francina; Forner Mireia; Prades Nuria; Martínez-Arán Anabel; Granholm Eric  
Hospital Clínic Barcelona; Hospital Santa María De Lleida; Hospital Clínic Barcelona; Va San Diego Healthcare Syste*

**Introducción.** La adversidad psicosocial (AP) es un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos psicóticos<sup>1</sup>. Los pacientes con antecedentes de abuso en la infancia (sexual, físico o emocional) presentan más síntomas psicóticos positivos. Diversos autores han propuesto que las experiencias traumáticas en la infancia ocasionarían cambios en el neurodesarrollo cerebral, en concreto disregulaciones en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HHA) y consecuentes alteraciones en los niveles de cortisol, aunque los resultados son controvertidos<sup>2</sup>.

**Objetivos:** evaluar si una mayor AP está presente en adolescentes con psicosis de inicio precoz (PIP) en comparación con grupo control; evaluar la relación entre AP y los niveles de cortisol en pacientes con PIP.

**Métodos.** 15 adolescentes con PIP (11?, edad = 15.33±1.23) y 10 controles sanos (8?, edad = 15.60±1.51), participantes en un ensayo sobre terapia cognitivo conductual para psicosis, coadyuvante al tratamiento farmacológico, en el Hospital Clínic de



Barcelona. Criterios de inclusión: trastorno del espectro de la esquizofrenia diagnosticado entre los 9-18 años (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, psicosis no especificada); estar en el periodo crítico (5 años); estabilidad clínica. Exclusión: IQ <70; dependencia de sustancias; desórdenes neurológicos. Instrumentos: escala CTQ (Childhood Trauma Questionnaire), determinación de cortisol en saliva a las 08:00 h a.m; IMC (Índice de masa corporal). Análisis: T-test o test de Chi-cuadrado correlación de Pearson y correlación parcial.

**Resultados.** Los grupos PIP y control fueron homogéneos en edad ( $t=-0.49, p=0.632$ ) y sexo ( $X^2=0.15, p=0.702$ ) pero no en nivel socioeconómico familiar, inferior en los pacientes ( $X^2=10.69, p=0.030$ ). El grupo PIP presentaba un mayor IMC ( $t=4.61, p=0.00$ ). Respecto AP, el grupo PIP obtuvo una mayor puntuación en las subescalas de abuso emocional ( $t=15.80, p=0.01$ ) y negligencia física ( $t=8.50, p=0.007$ ), así como mayor puntuación en severidad ( $t=16.73, p=0.00$ ;  $t=5.62, p=0.026$ ). Los niveles de cortisol en saliva se correlacionaron positivamente con mayor AP: con abuso emocional ( $r=0.52, p=0.30$ ), físico ( $r=0.78, p=0.00$ ) y severidad ( $r=0.660, p=0.004$ ), sexual ( $r=0.926, p=0.00$ ) y severidad ( $r=0.650, p=0.005$ ), negligencia física ( $r=0.616, p=0.008$ ) y severidad ( $r=0.714, p=0.001$ ). Estos resultados se mantuvieron al controlar por SES e IMC.

**Conclusiones.** Los adolescentes con PIP presentaron mayor AP y más severa, que se asoció a mayores niveles de cortisol en saliva actuales. Estos resultados son compatibles con una disregulación en el eje HHA.

**Agradecimientos:** FAK.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Faravelli C et al. Childhood adversity, cortisol levels, and psychosis. A retrospective investigation. *J Nerv Ment Dis.* 2017
2. Lange C et al. Modulation of HPA axis response to social stress in schizophrenia by childhood trauma. *Psychoneuroendocrinology.* 2017

## P88 PROLACTINA Y ANTIPSICÓTICOS: ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UNA MUESTRA DE PACIENTES AMBULATORIOS

*Pardo Guerra María; Sesé Bartoll Elena; Serret Llobet Jessica; Pàmias Massana Montserrat*  
*Corporació Sanitària Parc Taulí; Hospital Universitario General De Castellón; Corporació Sanitària Parc Taulí; Corporació Sanitària Parc Taulí*

**Introducción:** En los últimos años se ha incrementado la prescripción de antipsicóticos en población infanto-juvenil, principalmente de segunda generación (ASG). Entre los efectos secundarios más frecuentes nos encontramos con alteraciones endocrinas, principalmente hiperprolactinemia.

El objetivo es analizar los niveles medios de prolactina y observar el perfil de pacientes que presentan hiperprolactinemia para establecer protocolos específicos de intervención.

**Material y métodos:** Se ha realizado un estudio descriptivo de una muestra de pacientes (N=33) en seguimiento en un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de la Corporació Sanitària Parc Taulí (Sabadell) del 1 de Enero de 2017 al 31 de Enero de 2018 en tratamiento con antipsicóticos y sobre los que durante este periodo se habían realizado niveles de prolactina. Se han recogido datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes que se han analizado con el programa PSPP.

**resultados:** La muestra está formada por 33 pacientes de los cuales el 78,79% son hombres. La edad media es de 12,18 años. El diagnóstico principal es el Trastorno del Espectro Autista (TEA) con un 42,42%. El 60,61% tiene comorbilidad psiquiátrica. El antipsicótico más usado es la risperidona (63,64%) y en segundo lugar el aripiprazol (18,18%). Se aprecia elevación de prolactina (> 25ng/mL) en el 42,42% de los pacientes de los cuales un 64,28% presenta hiperprolactinemia leve (25-50 ng/mL), un 21,25% moderada (51-75ng/mL) y un 14,28% grave (> 100 ng/mL). Los pacientes que presentaban elevación de prolactina eran mujeres con edad comprendida entre los 13- 18 años. El diagnóstico principal de los pacientes que presentaban elevación de prolactina era TEA (28,57%).



Y el antipsicótico más usado en este grupo de pacientes es risperidona (78,57%).

**Conclusiones:** Casi la mitad de los pacientes de la muestra (42,42%) presenta valores anómalos de prolactina y están en tratamiento con risperidona (78,57%), uno de los antipsicóticos que más frecuentemente produce hiperprolactinemia.

La elevación de prolactina se aprecia principalmente en adolescentes de sexo femenino.

Por todo esto parece necesario incrementar la monitorización de prolactina en pacientes que toman antipsicóticos, sobretodo risperidona. La población adolescente es especialmente vulnerable por lo que un buen control de dichos parámetros podrá evitar efectos adversos.

Las principales limitaciones en el estudio es la falta de valores previos al análisis de la muestra así como el tamaño muestral (n = 33).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Montejo AL., et al. Consenso español sobre los riesgos y detección de la hiperprolactinemia iatrogénica por antipsicóticos. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2016;9(3):158---173.

## P89 UNA NIÑA COMPLEJA. EL ABORDAJE BIOPSIICOSOCIAL DE LA ANOREXIA NERVIOSA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

*Goena Vives Javier; Vidal Adroher Cristina; Vallejo Valdivielso Maria; Unceta González Maria Del Mar Clínica*

*Universidad Navarra; Clínica Universidad Navarra; Clínica Universidad Navarra; Clínica Universidad Navarra*

**Introducción:** La Anorexia Nerviosa (AN) es un trastorno de la conducta alimentaria con una prevalencia del 0,4% en mujeres (1) y de inicio típico entre los 14 y 18 años (2). Su etiología es multifactorial, destacando la elevada heredabilidad de algunos rasgos característicos del trastorno (perfeccionismo, rigidez, hiperresponsabilidad y sentimientos de ineficacia) (3,4). La alexitimia y la disregulación emocional son características prevalentes entre pacientes con AN (5). Entre las variables ambientales que influyen en

su desarrollo destaca la presencia de antecedentes psiquiátricos en la madre (trastorno afectivo, de ansiedad y trastorno por uso de sustancias). La AN se acompaña de complicaciones médicas, que pueden ser graves y potencialmente mortales. A nivel gastrointestinal pueden surgir complicaciones asociadas a la pérdida de peso y las conductas purgativas (7).

Planteamos la necesidad de adoptar un modelo biopsicosocial para entender la patogénesis de la enfermedad y realizar un abordaje terapéutico multidisciplinar (8)

**Material y métodos:** Adolescente de 14 años, atendida con un cuadro clínico de restricción alimentaria y pérdida ponderal (IMC: 14,8 kg/m<sup>2</sup>). Ingresa para estudio diagnóstico y renutrición controlada, con diagnóstico provisional de AN subtipo restrictivo. Además presenta una situación familiar desfavorable por alcoholismo materno.

**Resultados:** Se realiza rehabilitación nutricional. Durante la recuperación ponderal, la paciente presenta fluctuaciones en el peso con episodios de diarrea autolimitados intermitentes. Se descarta la presencia de enfermedades inflamatorias intestinales, abuso de laxantes e intolerancia a la fructosa, objetivándose sobrecrecimiento de *Hafnia Alvei* en coprocultivo, justificando el cuadro digestivo de la paciente.

La intervención psicológica aborda la alexitimia y la falta de regulación emocional de la paciente mediante educación emocional y estrategias cognitivo-conductuales, y la conciencia de enfermedad mediante psicoeducación y entrevista motivacional.

Se lleva a cabo intervención familiar para psicoeducación de la enfermedad y abordar el patrón familiar disfuncional y la repercusión del alcoholismo materno en la dinámica familiar.

**Conclusiones:** El tratamiento de la AN debe ser multidisciplinar partiendo de un modelo biopsicosocial y una intervención integral:

- BIO: incluye realizar un diagnóstico diferencial de las alteraciones digestivas (9).
- PSICO: es importante tratar la disregulación emocional presente en estas pacientes, al ser síntoma relacionado con el aumento de las recaídas de estas pacientes (5).



206

**Social:** La terapia familiar ha demostrado ser el abordaje terapéutico a largo plazo más efectivo (10).

### **P90 DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS REINGRESOS EN LA UNIDAD DE AGUDOS INFANTO-JUVENIL DEL HOSPITAL DE MATARÓ (URPIJ)**

*Vilella Carbonell Vanessa; Daví Loscos Eva; Boix Quintana Ester; Pita De La Vega Javier; Petrizan Aleman Araitz; Padilla Segovia Marta; Varela Casal Paloma Consorci Sanitari Del Maresme*

**Introducción:** Se estima que entre el 24% y el 37% de los jóvenes son readmitidos en un hospital psiquiátrico en el primer año post-alta. Se especulan como factores precipitantes las estancias cortas y la escasa contención post-alta.

**Objetivo:** Describir características clínicas y sociodemográficas de los pacientes que reingresan en la URPIJ en 5 años.

Conocer posibles factores de riesgo y predictores de los reingresos en la URPIJ.

**Material y método:** Estudio observacional y retrospectivo de reingresos en la URPIJ de Mataró en 5 años (entre el 2011 y 2015).

Análisis descriptivo del número de ingresos totales, de reingresos y del motivo de estos en la URPIJ de Mataró.

**Resultados:** En un periodo de 5 años se han realizado 410 ingresos en la URPIJ de Mataró, de los cuales un 19,26% son pacientes que han ingresado 2 veces y un 6,3% han realizado entre 3 y 8 ingresos durante dicho periodo.

Los diagnósticos que han motivado los reingresos son los trastornos de las emociones y de la conducta más que los trastornos mentales severos.

En un 76,9% de los ingresos se ha objetivado una distocia familiar.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos respecto a los reingresos en la URPIJ, sugieren la necesidad de mejorar la intervención al alta de los niños y adolescentes con dificultades graves de conducta y emociones, así como la intervención en la relación entre padres e hijos.

### **P91 MINDFULNESS Y TDAH. REVISIÓN EN LA LITERATURA, A PROPÓSITO DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN ATENCIÓN PLENA PARA ADOLESCENTES CON TDAH**

*Zabaleta Andreu Iraia; Vázquez De La Torre Escalera Paloma; Rodríguez Campos María Mir SSM Infanto-Juvenil Hospital De Fuenlabrada*

**Introducción:** El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es el trastorno psiquiátrico más prevalente en la población pediátrica (4-6%). En un 50-70% de los casos, el diagnóstico se establece en la adolescencia, siendo habitual que haya comorbilidad con otro trastorno psiquiátrico. Según CIE-10 y DSM-V, el diagnóstico se basa en tres síntomas centrales: inatención, hiperactividad e impulsividad. El tratamiento de primera línea es el farmacológico, pero no resulta eficaz en todos los casos. En un 10-20% la mejoría presentada es mínima. La mayoría de veces, se recomienda el abordaje multimodal, es decir, la combinación de psicofármacos con otro tipo de terapias, como la Terapia de Conducta, el Entrenamiento para Padres o métodos cognitivos, como la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (TCBM). Precisamente, en el CSM de Fuenlabrada, se ha realizado un Entrenamiento en Atención Plena para pacientes adolescentes con diagnóstico principal de TDAH.

**Material y métodos:** Revisión bibliográfica en la base de datos, PubMed de la National Institute of Health (NIH), con los siguientes descriptores: "ADHD", "Mindfulness", "children", "adolescents".

**Resultados:** Se han encontrado 59 artículos en PubMed con los descriptores "Mindfulness" y "ADHD", 26 con "children", y 19 con "adolescents". En los últimos años la producción científica al respecto ha incrementado sustancialmente, siendo 48 de estos artículos de los últimos cinco años y 21, del último año. Se observa, por lo tanto, que la mayoría de los artículos encontrados, son estudios que analizan la eficacia de la TCBM en adultos con TDAH. Son una minoría los estudios sobre eficacia de TCBM en niños y adolescentes, al igual que las revisiones bibliográficas sobre este tema en esta población, tan solo hay 2. La mayoría de estudios concluyen que el Mindfulness, puede ser útil para mejorar capacidades



como la atención o la regulación emocional, aspectos poco desarrollados en los individuos con TDAH. Se señala con frecuencia, las limitaciones metodológicas de los estudios que se han realizado hasta ahora.

**Conclusiones:** La mayoría de los estudios en la literatura actual, están dirigidos al TDAH del adulto y aunque con resultados esperanzadores, no es posible extrapolarlos a la población infanto-juvenil. Se requieren más estudios que analicen la eficacia de la TCBM en esta población, como paso previo a la inclusión de este modelo en la práctica clínica habitual. REFERENCIAS: Valls-Llagostera C, Vidal R, Abad A, Corrales M, Richarte V, et al. [Cognitive-behavioural guidance interventions in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder]. Rev Neurol. 25 de febrero de 2015;60 Suppl 1:S115-120

### **P92 SÍNDROME DE DUPLO Y (47, XYY), ALTERACIONES CONDUCTUALES Y TEA: UN CASE REPORT.**

*Appignanesi Cristina; Verdura Ernesto; García Laura; Fernández Rosa; Moreno Dolores; Arango Celso*  
Servicio de Psiquiatría, Hospital Careggi, Florence;  
Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid;  
Hospital psiquiátrico de Araba, Vitoria;  
Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid;  
Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid;  
Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

**Introducción:** La trisomía XYY resulta una de las aneuploidias de los cromosomas sexuales más compatible con la vida. La prevalencia estimada es 1 por 1000 nacidos, aunque dicho diagnóstico suele ser subestimado. El fenotipo se suele caracterizar por elevada estatura y macrocefalia, macroorquidismo, hipotonía, hipertelorismo, temblor, trastornos del neurodesarrollo (TEA, TDAH) y una importante vulnerabilidad psicopatológica (dificultades socio-emocionales, impulsividad). Comorbilidades frecuentes son asma y epilepsia. [1] [2] Personas con dicho síndrome tienden

a cometer más crímenes, aunque tras corregir los datos por nivel sociocultural exclusivamente el abuso sexual se mantiene significativamente aumentado. [3] Caso clínico A. ingresa por primera vez en psiquiatría por episodios de heteroagresividad con 14 años. Es un adolescente alto, con una moderada macrocefalia, temblor esencial y que come casi exclusivamente alimentos en forma de pure. Entre los antecedentes físicos destacan asma, alergia a alimentos y neuroalergenos, esofagitis eosinofílica. Niega antecedentes familiares llamativos. Embarazo, parto y desarrollo psicomotor sin alteraciones significativas. Retraso en la adquisición del lenguaje. Sobre los antecedentes neuropsiquiátricos destacan un diagnóstico de trastorno del aprendizaje y del comportamiento, un diagnóstico clínico y psicométrico (ADOS) de TEA en 2017, un ingreso en psiquiatría en 2017 por crisis de agresividad y un segundo ingreso en 2018 por ulteriores episodios de agresividad y autolesiones. En junio 2017 durante el ingreso empieza un proceso judicial hacia A. acusado de abuso sexual por parte de una compañera del Instituto. En Noviembre 2017 el servicio de Citogenómica, tras envío de muestra para la detección de alteraciones genéticas relacionadas con el autismo, diagnostica una Síndrome XYY.

**Discusión:** Considerando el nexo entre TEA y Síndrome XYY, en este poster se sugiere de indicar un estudio genético en los pacientes los cuales presentan un fenotipo compatible con el Síndrome de duplo Y, tanto del punto de vista físico como por el perfil comportamental y de comorbilidades.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Bishop, D.V., Jacobs, P.A., Lachlan, K., Wellesley, D., Middlemiss, P., Smithson, S., Nation, K. & Scerif, G. (2011) Autism, language and communication in children with sex chromosome trisomies. Arch Dis Child 1996, 954–959 [2] Bardsley MZ, Kowal K, Levy C, Gosek A., Ayari N., Grimes S., Ross J. 47,XYY Syndrome: Clinical Phenotype and Timing of Ascertainment. J Pediatr. 2013 Oct;163(4):1085-94 [3] Stocholm k., Bojesen A., Jensen A., Juul S., Gravholt C. Criminality in men with Klinefelter's syndrome and XYY syndrome: a cohort study. BJM open 2012, 2:e000650.



208

### P93 EPISODIO DE MANIA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE PHELAN MCDERMID

Vaquerizo Serrano Julio David; Salazar De Pablo Gonzalo; Martínez Díaz-Caneja Covadonga  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Paciente de 15 años que ingresa por alteración de la conducta con agresividad. Se trata de una pacientediagnosticada de discapacidad intelectual en la infancia. Tras presentar episodios de crisis de ansiedad con importante agitación psicomotriz y en contexto de varias infecciones urinarias y fúngicas con repercusión a nivel conductual se realiza despistaje orgánico completo incluyendo estudio genético. Mediante Hibridación fluorescente in situ (FISH) se encuentra una mutación SHANK3 en el cromosoma 22. En este contexto, se diagnosticada Síndrome de Phelan-McDermid. Al mes siguiente la paciente presenta sin desencadenante previo episodios de ansiedad en forma de inquietud psicomotriz y escalada de agresividad física hacia objetos en el domicilio. Se encuentra cada vez más expansiva e irritable. En ocasiones presenta risas inmotivadas y soliloquios. Comentan alteraciones del sueño a diario y ansiedad por la comida a su vez, cada vez más intensas. Progresivamente aparecen mayores dificultades para mantenerse tranquila en el domicilio y graves problemas de contención a nivel familiar por lo que ingresa en Psiquiatría. Allí se establece el diagnóstico de episodio de manía con ajuste de tratamiento con Quetiapina y Ácido Valproico, y mejoría posterior. El síndrome de Phelan McDermid se trata de una condición genética causada por deleción del cromosoma 22q13, por pérdida de material genético del extremo terminal del cromosoma 22. La gran mayoría de pacientes afectados presentan discapacidad intelectual, con repercusión importante en el aprendizaje y lenguaje. Igualmente, padecen alternaciones neuropsiquiátricas, con convulsiones y alteraciones de conducta. También pueden padecer patología muscular, destacando hipotonía y defectos visuales. Aunque la deleción pueda detectarse a veces por análisis cromosómico de alta resolución, para confirmar el diagnóstico se recomienda la hibridación fluorescente in situ (FISH) o la hibridación genómica comparativa (HGC). No existe un tratamiento etiológico para este síndrome, basándose el mismo en el tratamiento de las patologías comórbidas y el manejo sintomático.

### P94 DIAGNÓSTICOS MÁS PREVALENTES EN UNA CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA DE ADOLESCENTES

Pérez Moreno, R.; Pelaz Antolín, A; Costarelli Ficarra, V.; Oca Bravo, L.; Tur Salamanca, N.  
Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid.

**Introducción:** El diagnóstico de patología psiquiátrica en la adolescencia es un reto para los profesionales de salud mental, más aún para los médicos de atención primaria.

**Objetivos:** Conocer los diagnósticos más prevalentes en una muestra de pacientes adolescentes de 14 a 18 años en una consulta externa de psiquiatría monográfica para edades adolescentes, derivados todos desde Atención Primaria, en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

**Material Y Métodos:** Se seleccionó una muestra de pacientes compuesta por todos aquellos que han acudido consecutivamente a la consulta desde octubre de 2012 a diciembre de 2017. El objetivo principal de esta consulta es una evaluación clínica en primera cita con realización de informe para el médico de atención primaria con la impresión diagnóstica y recomendaciones terapéuticas cuando son precisas. Se reserva el tratamiento en salud mental sólo en aquellos casos que el diagnóstico y gravedad lo requieran.

**Resultados:** El número total de pacientes atendidos (citados y que acudieron a primera cita fueron 457, 201 varones y 245 mujeres. La edad media fue de 15,59 años. El diagnóstico más prevalente fue la ausencia de patología, 83 pacientes (18,16%). Del resto de juicios clínicos, el más frecuente fue el de Trastorno adaptativo, 59 pacientes (12,9%), T depresivos, 50 (10,90%), Trastornos de ansiedad 46 pacientes (10%); Trastornos de conducta alimentaria en 36 pacientes (7,8%); problemas socio-familiares y no propiamente clínicos en 30 casos (6,56%); rasgos anómalos de personalidad en 23 pacientes (5%) y TDAH en 25 pacientes (5,68%). Otros diagnósticos fueron menos prevalentes en nuestra muestra.

**Conclusiones:** La adolescencia es una etapa donde el cribado de patología psiquiátrica puede ser difícil para los



médicos de atención primaria. Una consulta monográfica puede ayudar a detectar los casos con psicopatología susceptible de tratamiento en salud mental.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Marcelli D, Braconnier A. Psicopatología del adolescente, 2ª Edición. Barcelona: Masson S.A.; 2005.

La revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil (abreviado: **Rev Psiquiatr Infanto-Juv**), de periodicidad trimestral, es la publicación oficial de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA), y tiene la finalidad de participar, a través de su publicación, en la mejora de la calidad de la asistencia clínica, de la investigación, de la docencia y de la gestión de todos los aspectos (teóricos y prácticos) relacionados con la psiquiatría del niño y el adolescente. Por ello, está interesada en la publicación de manuscritos que se basen en el estudio de estos contenidos desde sus distintos y diversos puntos de vista: genético, epidemiológico, clínico, psicoterápico, farmacológico, socio-sanitario, etc., así como desde el punto de vista social, cultural y económico.

La revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil se adhiere a los Requisitos Uniformes para Manuscritos presentados a Revistas Biomédicas (5ª edición, <http://www.icmje.org>): Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y las Normas de Vancouver, 1997.

Los originales para publicación deberán enviarse a la Secretaría Técnica de la Revista, a través de su correo electrónico, [dirección.revista@aepnya.org](mailto:dirección.revista@aepnya.org), o del sistema disponible en su página web, [www.aepnya.com](http://www.aepnya.com), en la sección "Información para autoras/es". La Secretaría acusará recibo de los originales entregados e informará en su momento acerca de su aceptación y de la fecha de posible publicación.

Esta Normas de Publicación recogen los aspectos generales más utilizados en la redacción de un manuscrito. En aquellos casos en que estas normas sean demasiado generales para resolver un problema específico, deberá consultarse la página web del International Committee of Medical Journal Editors (<http://www.icmje.org>).

Los originales se presentarán a doble espacio y con márgenes suficientes, escritos en cualquier procesador de texto estándar (a ser posible en WORD). Las hojas irán numeradas. En la primera página debe colocarse, en el orden que se cita, la siguiente información:

- a) Título original (en español e inglés).
- b) Inicial del nombre y apellidos del autor/autores.
- c) Nombre del Centro de trabajo. Población.
- d) Dirección del primer firmante y del autor al que se deba dirigir la correspondencia (incluyendo una dirección de correo electrónico).
- e) si el trabajo ha sido financiado, debe incluirse el origen y numeración de dicha financiación.

- f) Si una parte o los resultados preliminares del trabajo han sido presentados previamente en reuniones, congresos o simposios, debe indicarse su nombre, ciudad y fecha, y deberá remitirse con el manuscrito el trabajo presentado, para certificar que el original contiene datos diferentes o resultados ampliados de los de la comunicación.

La segunda página corresponderá al Resumen y Palabras Clave. El resumen se hará en español e inglés, se presentará en hoja aparte y tendrá una extensión máxima de unas 250 palabras. Presentará una estructuración similar a la del manuscrito (vg., en el caso de artículos originales, Introducción, Objetivos, Material, Métodos, Resultados y Conclusiones). Para las secciones de Casos Clínicos y Comentarios Breves se incluirá un resumen de 150 palabras aproximadamente. A continuaciones indicarán hasta un máximo de cinco Palabras Clave elegidas de acuerdo con las normas de los índices médicos de uso más frecuente (Medical Subject Headings del Index Medicus), se tal manera que el trabajo pueda codificarse a través de ellas (cf. <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>).

En general, es deseable el mínimo de abreviaturas en el texto, aceptándose los términos empleados internacionalmente. Las abreviaturas serán definidas en el momento de su primera aparición. Cuando existan tres o más abreviaturas se recomienda su listado en una tabla presentada en hoja aparte.

Los fármacos deben mencionarse por su nombre genérico.

El aparataje utilizado para realizar técnicas de laboratorio y otras deben ser identificados por la marca y la dirección de sus fabricantes.

Los instrumentos de evaluación deben ser identificados por su nombre original, el traducido al español si existiera, su/s autor/es, año, e indicaciones sobre cómo obtenerlo (editorial, web de origen, etc.)

Los manuscritos pueden ser enviados para cualquiera de las Secciones de la Revista: Artículos Originales, Artículos de Revisión, Casos Clínicos, Comentarios Breves, Cartas al Director y Notas Bibliográficas. No obstante, será el Comité Editorial quien tomará la decisión definitiva respecto a la Sección correspondiente a cada manuscrito.

Los manuscritos aceptados quedarán como propiedad permanente de la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de la misma. Todos los manuscritos deben ser inéditos, y no se aceptarán trabajos publicados en otra revista.

### **1.-Artículos Originales**

Se consideran tales los trabajos de investigación originales sobre cualquiera de las áreas de interés de la Revista.

Como norma general, cada sección del manuscrito debe empezar en una página nueva, y estructurándose éste bajo la siguiente secuencia:

1. Primera página, tal y como se detalla más arriba
2. Resumen y Palabras claves (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba.
3. Introducción, en la que se explique el objeto del trabajo
4. Hipótesis y/o Objetivos
5. Material y Métodos, con la descripción del material utilizado y de la técnica y/o métodos seguidos
6. Resultados, con una exposición concisa de los datos obtenidos
7. Discusión
8. Conclusiones, y
9. Bibliografía (se recomienda no superar las 50 citas)

En el caso de tratarse de ensayos clínicos, la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil se adhiere a las condiciones definidas por la Declaración de Helsinki y sus ulteriores enmiendas ([www.unav.es/cdb/ammhelsinki2.pdf](http://www.unav.es/cdb/ammhelsinki2.pdf)), también desarrolladas en los Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.icmje.org>). Para la publicación de ensayos clínicos deberá remitirse una copia de la aprobación del protocolo de las autoridades sanitarias de los países en los que se desarrolla la investigación experimental.

### **2.- Artículos de Revisión**

Se consideran tales los trabajos fruto de una investigación donde se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones publicadas o no publicadas, sobre un área de interés de la Revista, con el fin de dar cuenta de sus avances y las tendencias de desarrollo. Se caracterizan por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica, y serán preferentemente revisiones sistemáticas.

Como norma general, cada sección del manuscrito debe empezar en una página nueva, y este debe estructurarse bajo la siguiente secuencia.:

1. Primera página, tal y como se detalla más arriba
2. Resumen y Palabras claves (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba
3. Introducción, en la que se explique el objeto del trabajo
4. Justificación y/o Objetivos de la Revisión
5. Métodos, si procede, de realización de la búsqueda y revisión bibliográfica
6. Desarrollo (la revisión propiamente dicha)
7. Conclusiones y
8. Bibliografía (se recomiendan entre 50 y 80 citas, aunque será flexible según el tema tratado)

### **3.-Casos Clínicos y Comentarios Breves**

Se considerarán tales los originales con tamaño muestral limitado, o que describan casos clínicos que supongan una

aportación importante al conocimiento de la enfermedad, o que revisen brevemente aspectos concretos de interés para los contenidos de la Revista.

Los trabajos publicados como Casos Clínicos o Comentarios Breves tendrán una extensión máxima de 10 folios, pudiendo contener una o dos figuras y/o tablas y hasta 10 citas bibliográficas. Se estructurarán bajo siguiente secuencia:

1. Primera página, tal y como se detalla más arriba
2. Resumen y Palabras claves (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba
3. Descripción del caso clínico, o desarrollo del comentario
4. Discusión
5. Conclusiones, y
6. Bibliografía (se recomienda no superar las 10 citas)

### **4.- Cartas al Director**

En esta sección se admitirán comunicaciones breves y comunicaciones preliminares que por sus características puedan ser resumidas en un texto breve, así como aquellos comentarios y críticas científicas en relación a trabajos publicados en la Revista, y, de forma preferiblemente simultánea, las posibles réplicas a estos de sus autores, para lo cual les serán remitidas las Cartas previamente a su publicación (derecho a réplica). La extensión máxima será de 750 palabras, el número de citas bibliográficas no será superior a 10, y se admitirá, de ser necesario, una figura o una tabla.

### **5.- Notas Bibliográficas**

En esta sección se incluirán comentarios sobre obras relevantes por sus contenidos acerca de las áreas de interés de la Revista.

### **6.- Secciones Especiales**

Bajo este epígrafe se publicarán trabajos de interés particular para la Revista y que, por sus características, no encajen en los modelos antedichos. En general, serán secciones de carácter fijo y periódico, realizadas por encargo del Comité Editorial o a propuesta de autores socios de la AEPNYA, siempre con el compromiso del autor de mantener su periodicidad o con un diseño previo por parte de éste que indique la cantidad total de números de la Revista que contendrán la sección.

### **7.- Agenda**

La sección de Agenda podrá contener notas relativas a asuntos de interés general, congresos, cursos y otras actividades que se consideren importantes para los lectores de la Revista.

### **8.- Números Monográficos**

Se podrá proponer por parte de los autores socios de AEPNYA o del Comité Editorial la confección de números monográficos. En cualquier caso, el Comité Editorial y los autores estudiarán conjuntamente las características de los mismos.

## Tablas y figuras

Las tablas deben estar numeradas independientemente, con números arábigos, por su orden de aparición en el texto, y deben contener el correspondiente título describiendo su contenido, de forma que sean comprensibles aisladas del texto del manuscrito. Estarán citadas en el texto en su lugar correspondiente.

Los dibujos y gráficos especiales deberán presentarse en formato electrónico adecuado (preferiblemente jpg o tiff). Deberán llevar una numeración correlativa conjunta, estarán debidamente citados en el texto y sus pies explicativos irán incorporados al texto en el lugar de su cita. En caso de utilización de formatos informáticos especiales, los autores deben ponerse en contacto con la Secretaría Técnica de la Revista para valorar la mejor solución. Si se reproducen fotografías o datos de pacientes, éstos no deben ser identificativos del sujeto, y se acompañarán del correspondiente consentimiento informado escrito que autorice su publicación, reproducción y divulgación en soporte papel y en Internet en formato de libre acceso en la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

## Bibliografía

Las referencias bibliográficas se presentarán todas la final del manuscrito, se numerarán por orden de aparición en el texto, y el número arábigo que corresponda a cada una será el que utilizará en el texto (entre paréntesis y en tamaño de letra igual al cuerpo del texto) para indicar que ese contenido del texto se relaciona con la referencia reseñada. Se recomienda incluir en la Bibliografía la citación de trabajos en español, considerados de relevancia por el/los autor/es, y en especial de la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Las citas deben ajustarse a las siguientes normas generales (normas de Vancouver: <http://www.icmje.org>):

1.- Artículo estándar: Apellido(s) e inicial(es) del autor/es\* (sin puntuación y separados por una coma). Título completo del artículo en lengua original. Abreviatura\*\* internacional de la revista seguida del año de publicación, volumen (número\*\*\*), página inicial y final del artículo (Dunn JD, Reid GE, Bruening ML. Techiques for phosphopeptide enrichment prior to analysis by mass spectrometry. *Mass Spectr Rev* 2010;29:29-54).

\*Se mencionarán todos los autores cuando sean seis o menos; cuando sean siete o más deben citarse los seis primeros y añadir después las palabras "et al." Un estilo similar se empleará para las citas de los libros y capítulos de libros.

\*\* Las abreviaturas internacionales de las revistas pueden consultarse en la "List of Journals Indexed in Index Medicus", (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>).

\*\*\* El número es optativo si la revista dispones de nº de volumen.

2.-Libro: Autor/es o editor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; Año (Hassani S. *Mathematical physics. A morden introduction to its foundations*. New York: Springer-Verlag; 1999).

3.-Capítulo del libro: Autores del capítulo. Título del capítulo. En Director/es o Recopilador/es o Editor/es del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. p. página inicial-final del capítulo (Tsytovich VN, de Angelis U. *The kinetic approach to dusty plasmas*. En Nakamura Y, Yokota T, Sukla PK. *Frontiers in dusty plasmas*. Amsterdam: Elsevier; 2000. p. 21-28).

5.- Comunicaciones a Congresos, Reuniones, etc.: Autor/es. Título completo de la comunicación. En: nombre completo del Congreso, Reunión, etc. Lugar de celebración, fechas (Coon ET, Shaw BE, Spiegelman M. *Impacts of faulty geometry on fault system behaviors*. 2009 Southern California Earthquake Center Annual Meeting. Palm Springs, California. September 12-16, 2009.

4.-Citas electrónicas: Consultar <http://www.ub.es/biblio/citae-e.htm>. Formato básico: Autor de la página (Fecha de publicación o revisión de la página, si está disponible. Título de la página o lugar. [Medio utilizado]. Editor de la página, si está disponible. URL [Fecha de acceso] (Land, T. *Web extension to American Psychological Association style (WEAPAS)* [en línea]. Rev. 1.4. <http://www.beadsland.com/weapas> [Consulta: 14 marzo 1997].

Si una referencia se halla pendiente de publicación deberá describirse como [en prensa], siendo responsabilidad de los autores la veracidad de esta.

## Envío de manuscritos

Los originales para publicación deberán enviarse a la Secretaría Técnica de la revista, a través de su correo electrónico, [direccion.revista@aepnya.org](mailto:direccion.revista@aepnya.org), o del sistema disponible en su página web, [www.aepnya.com](http://www.aepnya.com), en la sección "Información para autor/es". La Secretaría acusará recibo de los originales entregados e informará en su momento acerca de su aceptación y de la fecha de posible publicación.

Todos los artículos deben acompañarse de una declaración de todos los autores del trabajo, manifestando que:

El manuscrito es remitido en exclusiva a la Revista de psiquiatría Infanto-Juvenil y no se ha enviado simultáneamente a cualquier otra publicación (ni está sometida a consideración), y no ha sido publicado previamente todo ni en parte. Esta última restricción no se aplica a los resúmenes derivados de las presentaciones en Congresos u otras reuniones científicas, ni a los originales que son extensión de los resultados preliminares del trabajo presentados previamente en reuniones, congresos, o simposios, debiendo en tal caso indicarse su nombre, ciudad y fecha, y remitirse junto con el manuscrito el trabajo presentado para certificar que el artículo original contiene datos diferentes o resultados ampliados de los de la comunicación.

## Los autores son responsables de la investigación.

Los autores han participado en su concepto, diseño, análisis e interpretación de los datos, escritura y corrección, así como que aprueban el texto final enviado.

---

Los autores deberán especificar obligatoriamente si hay algún conflicto de interés en relación a su manuscrito. Especialmente, en estudios con productos comerciales los autores deberán declarar si poseen (o no) acuerdo alguno con las compañías cuyos productos aparecen en el manuscrito enviado o si han recibido (o no) ayudas económicas de cualquier tipo por parte de las mismas. Si el trabajo ha sido financiado, debe incluirse el origen y numeración de dicha financiación.

La Secretaría de Redacción acusará recibo de los originales entregados e informará en su momento acerca de su aceptación y de la fecha de posible publicación. El manuscrito será inicialmente examinado por el Comité Editorial, y si se considera susceptible de aceptación lo revisará y/o lo remitirá, de considerarse necesario, a al menos dos revisores externos considerados expertos en el tema. El Comité Editorial, directamente o una vez atendida la opinión de los revisores, se reserva el derecho de rechazar los trabajos que no juzgue apropiados, así como de proponer las modificaciones de los mismos que considere necesarias. Antes de la publicación en versión impresa o electrónica del artículo, el autor de correspondencia recibirá por correo electrónico las pruebas del mismo para su corrección, que deberán ser devueltas en el plazo de los 4 días siguientes a su recepción. De no recibirse dicha devolución, se entenderá que dichas pruebas se aceptan como definitivas.

La editorial remitirá a cada uno de los autores que haya facilitado su correo electrónico copia facsimilar digital en PDF de cada trabajo.

### **Revisión y revisión externa (peer review)**

Se remitirán a revisión externa todos los manuscritos no rechazados en primera instancia por el Comité Editorial. Los manuscritos se remiten al menos a dos revisores considerados como expertos por la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. La elección de los revisores para cada trabajo se realizará atendiendo al contenido del manuscrito. Dependiendo de los contenidos del manuscrito podrán solicitarse evaluaciones especializadas técnicas, estadísticas y farmacológicas, cuando los trabajos se refieran a ensayos clínicos y utilización de fármacos. En cualquier caso, todo el proceso de revisión será confidencial y anónimo, remitiéndose a los revisores los manuscritos sin la autoría.

A través de los informes realizados por los revisores, el Comité Editorial tomará la decisión de publicar o no el trabajo, pudiendo solicitar a los autores la aclaración de algunos puntos o la modificación de diferentes aspectos del manuscrito. En este caso, el autor cuenta con un plazo máximo de un mes para remitir una nueva versión con los cambios propuestos. Pasado dicho término, si no se ha recibido una nueva versión, se considerará retirado el artículo. Asimismo, el Comité Editorial puede proponer la aceptación del trabajo en un apartado distinto al propuesto por los autores.

La editorial revisará los aspectos formales del trabajo, descritos en estas normas. Un manuscrito puede ser devuelto a sus autores por incumplimiento de las normas de presentación. Una vez aceptados los trabajos, los manuscritos se someten

a una corrección morfolingüística y de estilo. Los autores podrán comprobar los cambios realizados al recibir las galeras, aprobar dichos cambios o sugerir modificaciones.

### **RESPONSABILIDADES ÉTICAS**

Las investigaciones origen de los artículos remitidos habrán de ajustarse a la Ley 14/2007 de 3 de julio de Investigación Biomédica y sus posteriores modificaciones, así como a la Declaración de Helsinki y sus posteriores enmiendas, y deberá manifestarse en el apartado de Métodos que el protocolo de investigación y el consentimiento informado fueron aprobados por el correspondiente Comité de Ética, aportando certificado del hecho. Si pudiera sospecharse la identidad de un paciente, o si pretende publicarse una fotografía de éste, deberá presentarse su correspondiente consentimiento informado.

En caso de existir conflictos de intereses, y/o de haber recibido patrocinio o beca, deberán manifestarse siempre.

En caso del uso de animales para experimentación u otros fines científicos, deberá facilitarse la declaración de cumplimiento de las leyes europeas y nacionales (Real Decreto 1201/2005 de 10 de octubre sobre protección de los animales utilizados para experimentación y otros fines científicos, y posteriores modificaciones y regulaciones).

Los autores son responsables de obtener los oportunos permisos para reproducir material (texto, tablas, figuras) de otras publicaciones.

En la lista de autores deben figurar únicamente aquellas personas que han contribuido intelectualmente al desarrollo del trabajo. En general, para figurar como autor se deben cumplir los siguientes requisitos:

1. Haber participado en la concepción y realización del trabajo que ha dado como resultado el artículo en cuestión.
2. Haber participado en la redacción del texto y en las posibles revisiones del mismo.
3. Haber aprobado la versión que finalmente va a ser publicada. La Secretaría de Redacción declina cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos.

El contenido del artículo debe ser completamente original, no haber sido publicado previamente, y no estar enviado a cualquier otra publicación ni sometido a consideración o revisión.

Esta última restricción no se aplica a los resúmenes derivados de las presentaciones en Congresos u otras reuniones científicas, ni a los originales que son extensión de los resultados preliminares del trabajo presentados previamente en reuniones, congresos o simposios, debiendo en tal caso indicarse su nombre, ciudad y fecha, y remitirse junto con el manuscrito el trabajo presentado para certificar que el artículo original contiene datos diferentes o resultados ampliados de los de la comunicación. Los autores deben ser conscientes de que no revelar que el material sometido a publicación ha sido ya total o parcialmente publicado constituye un grave quebranto de la ética científica.

---

Los autores deben mencionar en la sección de Métodos que los procedimientos utilizados en los pacientes y controles han sido realizados tras obtención del correspondiente consentimiento informado. El estudio habrá sido revisado y aprobado por los comités de Investigación y/o Ética de la institución donde se ha realizado.

En el caso de la descripción de Casos Clínicos, cuando el paciente pueda ser reconocido por la descripción de la enfermedad o por las figuras que ilustren el artículo, deberá enviarse el correspondiente consentimiento informado con el permiso para la publicación tanto del texto del artículo como de las imágenes del mismo. Del mismo modo, los autores deberán declarar que han seguido los protocolos establecidos por sus respectivos centros sanitarios para acceder a los datos de las historias clínicas con el objeto de realizar este tipo de publicación con finalidad de investigación/divulgación para la comunidad científica.

## **VERIFICAR SIEMPRE ANTES DE REMITIR A LA SECRETARÍA**

Compruebe el contenido de su envío:

1. Página titular incluyendo: título, lista de autores, nombre y dirección del centro, financiación, teléfono, e-mail.
2. Segunda página con resumen en español; resumen en inglés; palabras clave e español e inglés
3. Tablas y Figuras según el formato indicado, correctamente numeradas e identificadas en el manuscrito
4. Bibliografía estrictamente según los requisitos señalados en estas Normas de Publicación (no hacerlo podrá ser motivo de no aceptación)
5. Especificar la Sección de la Revista a la que se desea adscribir el manuscrito
6. Verificar las responsabilidades éticas y los conflictos de interés