

# TALLERES

## TALLER 1

### LA PRÁCTICA CLÍNICA DE LA PAIDOPSIQUIATRÍA PSICOSOMÁTICA: COMO HACER UNA INTERCONSULTA EN PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y DE LA ADOLESCENCIA

*Ponentes:*

**XAVIER GASTAMINZA PEREZ**

*Médico especialista en Psiquiatría. Experto en Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia. Facultativo especialista. Paidopsiquiatría Psicósomática. Unidad de Paidopsiquiatría. Área Materno-Infantil. S. Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. Universidad Autónoma de Barcelona. Consultor de Centro MEDIGRUP. Miembro titular de la AEPNYA.*

**ÓSCAR HERREROS RODRÍGUEZ**

*Médico especialista en psiquiatría. Experto en Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia. Facultativo especialista del Área de Psiquiatría (Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil) del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Miembro titular de la AEPNYA. Miembro de la Junta Directiva, Presidente de la Comisión de Publicaciones y Director de la Revista de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Representante de la Organización Médica Colegial Española en la Sección de Especialistas en Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS). Miembro de la Junta Directiva de la European Society for Child and Adolescent Psychiatry.*

**BELÉN RUBIO MORELL**

*Médico especialista en psiquiatría. Experto en Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia. Coordinadora de Salud Mental Infanto-Juvenil de Tenerife y Médico Adjunto de Psiquiatría. Unidad de Interconsulta y Enlace infanto-Juvenil. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife. Miembro titular de la AEPNYA. Secretaria de la Junta directiva de la AEPNYA.*

#### **OBJETIVOS PRÁCTICOS / DOCENTES:**

Habilitar al participante para la práctica clínica estructurada de la interconsulta de Paidopsiquiatría psicósomática

Facilitar un esquema práctico para la mejor ejecución de una interconsulta médico-quirúrgica de Paidopsiquiatría.

Ofrecer una práctica supervisada mediante la realización por los participantes de unos casos prácticos reales representativos seleccionados.

#### **RESUMEN:**

La antes denominada interconsulta psiquiátrica, luego psiquiatría de enlace y actualmente psiquiatría psicósomática, o en concreto en nuestra especialidad:

la paidopsiquiatría psicósomática tiene como objeto la atención psiquiátrica integral del niño y del adolescente enfermo médico-quirúrgico lo que suma un determinante condicionante especial. Esto, con el desarrollo exponencial de toda la medicina, comporta nuevas situaciones clínicas, muchas veces muy complejas y complicadas, gracias a los avances de la medicina con supervivencias frente a patologías antes fatales. Así la paidopsiquiatría psicósomática se ha convertido en una área específica de la Psiquiatría de la infancia y de la adolescencia de características y requisitos especiales cuya práctica es el objeto de este taller. Taller estructurado en tres partes: 1) Bases de la práctica clínica de la Paidopsiquiatría psicósomática o interconsulta. 2) Pasos

de la práctica clínica de la Paidopsiquiatría psicósomática o interconsulta. 3) Práctica clínica: presentación y realización por los participantes de una selección de casos clínicos reales como ejercitación para una práctica clínica. Objetivos del Taller: Habilitar al participante para la práctica clínica estructurada de la interconsulta de Paidopsiquiatría psicósomática mediante también los

siguientes objetivos:

- b) Facilitar un esquema práctico para la mejor ejecución de una interconsulta médico-quirúrgica de Paidopsiquiatría.
- c) Ofrecer una práctica supervisada mediante la realización por los participantes de unos casos prácticos reales representativos seleccionados.

---

## TALLER 2

---

### TERAPIA DE GRUPO EN ADOLESCENTES CON TDAH

*Ponentes:*

**RAQUEL VIDAL ESTRADA**

*Psicóloga Clínica. Unidad de TDAH. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Licenciada en psicología con MH por la Universidad Ramon Llull. Residencia de Psicología Clínica en Hospital Universitari Vall d'Hebron (PIR). Actualmente, realizo tratamiento psicológico a adolescentes y adultos con TDAH (individual y grupal) y pacientes con TDAH y consumo de CNN. También colaboro con la asociación TDAH Catalunya realizando terapias de grupo para adolescentes y adultos.*

---

#### OBJETIVOS

- Aprender intervenciones conductuales para el manejo de la impulsividad en adolescentes y síntomas de inatención
- Aprender a abordar cogniciones disfuncionales en un formato de terapia grupal
- Gestionar dificultades a nivel de dinámica de grupo y criterios de inclusión/exclusión para realizar terapia grupal

#### RESUMEN

Taller teórico-práctico sobre terapia de grupo en adolescentes con TDAH. Se explicará el modelo que se aplica en el Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. Actualmente, se dispone de escasos tratamientos estructurados en formato grupal para adolescentes con TDAH, ya que parte de los estudios se han centrado en población infantil y en adultos. Las dificultades propias del TDAH suelen llevar a experiencias de fracaso, bajo rendimiento y problemas interpersonales. Como consecuencia, los adolescentes con TDAH desarrollan pensamientos desadaptativos sobre uno mismo y anticipaciones negativas que generan sentimientos de culpabilidad, preocupación,

baja autoestima, ansiedad, rabia, tristeza y disminución de la motivación. Estas consecuencias emocionales dificultan el aprendizaje de habilidades efectivas para afrontar dificultades así como conductas de evitación y baja capacidad de resolución de problemas (Young, 2005; Knouse y Safren 2010). El taller tiene como objetivo el aprendizaje de intervenciones conductuales para el desarrollo de estrategias compensatorias en adolescentes junto con intervenciones cognitivas para tratar cogniciones disfuncionales y emociones que repercuten en el funcionamiento de los pacientes (Mongia & Hechtman, 2012; Ramsay & Rostain, 2005; Ramsay, 2007; Safren et al., 2005). Se trata de un programa cognitivo-conductual que incluye estrategias motivacionales y de regulación emocional. El programa consta de 12 sesiones manualizadas. En el primer módulo (Sesión 1- 6) se abordan los síntomas de impulsividad y asociados como son el manejo de la rabia y la baja tolerancia a la frustración. El segundo módulo (Sesión 7-12) consiste en estrategias de afrontamiento de síntomas de inatención. En el taller se presentará la metodología del programa tanto a nivel de contenido como aspectos a considerar en relación a la dinámica grupal así como criterios de inclusión/exclusión en terapia de grupo.

---

## TALLER 3

---

### ACTUALIZACIÓN EN TERAPÉUTICA EN LA ANSIEDAD DEL ADOLESCENTE: MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS, UNA ALTERNATIVA POR DESCUBRIR

*Ponentes:*

**CARLOS LEÓN RODRÍGUEZ**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria Especialista en Homeopatía Servicio de Urgencias de AP (Suances)*

**LUCÍA GONZÁLEZ-CARLOMÁN GONZÁLEZ**

*Especialista en Psiquiatría Psiquiatra Centro de Salud Mental La Corredoría (Oviedo)*

---

#### OBJETIVOS

- Conocer el manejo de la ansiedad del adolescente utilizando medicamentos homeopáticos.
- Principales situaciones de empleo de estos medicamentos, como la ansiedad reactiva o anticipatoria, el apoyo a la intervención psicológica o facilitar la deshabitación.
- Selección del medicamento homeopático idóneo y su posología según los síntomas, emociones y comportamiento del paciente.

#### RESUMEN

Aunque la evidencia científica sobre la homeopatía en la ansiedad es controvertida, en estudios farmacoepidemiológicos el empleo de medicamentos homeopáticos ha demostrado ser útil para reducir el consumo de psicotrópicos con similar o mejor evolución clínica. La escasa incidencia de efectos adversos ha sido puesta de manifiesto en revisiones sistemáticas, y la presencia del efecto ansiolítico sin que se observen efectos sedantes ha sido descrita en estudios de laboratorio. Como estudio centrado en el control de

la ansiedad en la edad infantil, se ha publicado una experiencia hospitalaria positiva en el manejo de la agitación postoperatoria. Más allá de esta evidencia científica, la homeopatía es utilizada tradicionalmente para tratar diversos problemas de salud mental, tanto en la edad adulta como en la edad pediátrica. La ansiedad es una de las formas más frecuentes de psicopatología en la adolescencia, por delante de la depresión y los trastornos de conducta. Se puede estimar que alrededor del 6 al 20 % de los adolescentes pasarán por una situación de ansiedad, pudiendo variar en función de la edad y de la clínica que presenten. Entre las opciones farmacológicas, una opción de tratamiento que empieza a ser una realidad en el abordaje de los problemas de salud mental pediátricos son los medicamentos homeopáticos, usados como monoterapia en casos leves y en co-prescripción en casos moderados. El objetivo de este taller es dotar a los psiquiatras especializados en adolescencia de nociones básicas sobre el manejo de estos medicamentos, para que descubran cómo podrían integrarlos en su práctica diaria, o bien con el fin de poder reconocerlos en pacientes que vengan derivados con algún tratamiento homeopático.

## TALLER 4

---

### REHABILITACIÓN COGNITIVA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

*Ponentes:*

**LAURA CARRAL FERNÁNDEZ**

*Psicóloga Clínica. Investigadora Río Hortega. Instituto de Salud Carlos III; IDIVAL (instituto de Investigación Marqués de Valdecilla). Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.*

**JANA GONZÁLEZ GÓMEZ**

*Psiquiatra. Investigadora López-Albo. IDIVAL (instituto de Investigación Marqués de Valdecilla). Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.*

---

#### OBJETIVOS

- Conocer los fundamentos teóricos de la terapia de rehabilitación cognitiva para la Anorexia Nerviosa
- Conocer las habilidades necesarias para poner en práctica la terapia

#### RESUMEN

La evidencia científica nos viene mostrando que las personas con Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) muestran una serie de sesgos en el procesamiento de la información. Estos sesgos podrían estar ejerciendo de importantes factores de mantenimiento del desorden alimentario. Desde las aproximaciones neuropsicológicas

contamos con herramientas para la evaluación y la intervención sobre estos procesos cognitivos, como el feedback neuropsicológico y la rehabilitación cognitiva. Estas intervenciones están orientadas al trabajo sobre el cómo y no sobre el qué de los procesos mentales. Con este taller pretendemos: Acercar a los profesionales los fundamentos teóricos que sustentan esta intervención. Conocer las investigaciones que se han desarrollado. Aproximarnos al tipo de evaluaciones neuropsicológicas utilizadas en este ámbito. Conocer desde un punto de vista práctico los distintos formatos de terapia de rehabilitación cognitiva y cómo encaja esta intervención con el tratamiento del TCA.

---

## TALLER 5

---

### LA ENTREVISTA EN NIÑOS QUE HAN SIDO VÍCTIMAS DE ABUSO Y DE MALTRATO. ¿CÓMO EVITAR LA RE-VICTIMIZACIÓN?

*Ponentes:*

**JOSEP CORNELLÀ CANALS**

*Doctor en Medicina. Pediatra. Máster en Paidopsiquiatría. Acreditado en psiquiatría Infantil. Diplomado en Autismo en la Universidad de Montpellier. Profesor Asociado en la Escuela EUSES, grado de Fisioterapia, adscrito a la Universidad de Girona.*

**JOSEP RAMON JUÁREZ LÓPEZ**

*Doctor en Psicología. Master en Psicología Forense. Psicólogo Forense de los Juzgados de Girona y en peritaciones internacionales. Profesor Asociado en la Universidad de Girona y en la Universidad Internacional de Cataluña.*

**MANUEL JESÚS DOLZ LAGO**

*Doctor en Derecho. Fiscal experto en Menores. Actualmente, fiscal del Tribunal Supremo. Ha estado en diversas fiscalías de menores y tiene un amplio CV en su carrera profesional. Tiene publicaciones que han sentado jurisprudencia en Derecho de Menores.*

---

#### OBJETIVOS

- Aprender a entrevistar al menor que ha sido víctima de abusos o malos tratos.
- Evitar la revictimización en las entrevistas.
- Aprender a obtener una entrevista con el menor que sea lo más fidedigna y útil.

#### RESUMEN

Este taller ya se presentó en el Congreso de Granada, y obtuvo una buena acogida. Se desarrolla en forma de

role-play con los asistentes, asignando a los mismos los roles de menor maltratado y de entrevistador. Se pretende que los asistentes se impliquen en el modelo que se propone y que tiene como objetivo evitar victimizar de nuevo, con la entrevista, al menor que ya ha sido objeto de malos tratos. El hecho de revivir los malos tratos, si no se hace con prudencia y tacto, puede ser un nuevo trauma añadido al menor. La presencia del Fiscal del Tribunal Supremo de España, y experto Menores, da unas garantías “judiciales” a este taller.

---

## TALLER 6

---

### DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN GRUPAL PARA ADOLESCENTES CON PSICOSIS DE INICIO TEMPRANO Y SUS FAMILIARES. PIENSA

*Ponentes:*

**ANA CALVO CALVO**

*Licenciada en Psicología por la Universidad de Salamanca. Master en Metodología de la Investigación por la Universidad Autónoma de Barcelona. Doctora en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid. Formación clínica e investigación en Orygen Youth Health, Universidad de Melbourne (Australia). Actualmente psicóloga en el Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón IiSGM. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. CIBERSAM. Madrid.*

**MIGUEL MORENO IÑIGUEZ**

*Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Autónoma de Madrid, especialista en Psiquiatría por la Universidad de Navarra y en Psiquiatría del Niño y del Adolescente por la Universidad de Columbia (EEUU), Doctor en medicina por la Universidad Complutense de Madrid. Actualmente psiquiatra infantil de la Comarca del Bidasoa en la Red de Salud Mental de Guipúzcoa.*

**TERESA SÁNCHEZ-GUTIÉRREZ**

*Licenciada en Psicología por la Universidad de Granada y Master en Psicofarmacología y Drogas de Abuso por la Universidad Complutense. Actualmente realiza su tesis doctoral financiada por una beca predoctoral (PFIS) del Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Economía y Competitividad en el Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón IiSGM. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. CIBERSAM. Madrid*

---

#### OBJETIVOS

- 1. Conocimiento de las distintas estrategias de intervención psicosocial para el abordaje de la psicosis de inicio temprano
- 2. Revisar programas específicos centrados en intervenciones psicosociales para primeros episodios psicóticos
- 3. Establecer un programa de intervención que permita: proporcionar información y apoyo a familiares y pacientes, mejorar las habilidades de afrontamiento y comunicación, reducir el estrés/carga familiar y facilitar el manejo de la problemática

#### RESUMEN

En las dos últimas décadas, ha crecido el interés en el estudio del primer episodio psicótico (PEP) y la investigación y el desarrollo de programas específicos centrados en intervenciones psicosociales se ha

convertido en un foco prioritario a nivel internacional. La justificación fundamental de este tipo de atención se basa en que las necesidades clínicas de los pacientes con un PEP son diferentes de las necesidades de pacientes crónicos. Pero además, cuando la psicosis tiene su inicio en la adolescencia las intervenciones específicas deben tener en cuenta este estadio evolutivo tan importante de las personas. En esta línea nace el programa PIENSA como estudio piloto basado en investigaciones previas que demuestran la importancia de la intervención precoz en PEP. La intervención de orientación psicoeducativa desarrollada en PIENSA es una adaptación del programa del Dr. William McFarlane para adolescentes con un PEP y sus familias. Los objetivos de la intervención son: -Proporcionar información y apoyo a familiares y pacientes. -Mejorar las habilidades de afrontamiento, comunicación y expresión afectiva. -Reducir el estrés/carga familiar y facilitar el manejo de la problemática que

se deriva de estos cuadros. El taller propone el diseño de programas de intervención grupal para lograr un abordaje completo y eficaz de estas patologías en sus primeras fases. Este taller será eminentemente práctico y se desarrollará en dos partes: una primera parte de contenidos teóricos en la que se realizará a) una breve introducción de los presupuestos teóricos y procedimientos en intervención

temprana b) una revisión de los diferentes programas llevados a cabo en centros internacionales. En la segunda parte se expondrá el diseño del programa de intervención grupal para familiares y pacientes con psicosis de inicio temprano desarrollado en el Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Hospital Gregorio Marañón y se ejemplificará en formato role-playing.

---

## TALLER 7

---

### CINE Y SALUD: PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

*Coordinador:*

**CARMEN SANISIDRO FONTECHA**

*Psicóloga Sexóloga. C.S. Delicias Sur Zaragoza.*

*Ponentes:*

**PEDRO MANUEL RUIZ LÁZARO**

*Jefe de sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil HCU de Zaragoza. Profesor Asociado Universidad de Zaragoza*

**CARLOS MORENO GÓMEZ**

*Profesor Secundaria IES Miguel Servet Zaragoza Equipo Coordinador Cine y Salud*

---

### RESUMEN

El Programa Cine y Salud es una herramienta para mejorar la calidad de la educación para la salud que realiza el profesorado de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO). El cine permite profundizar en el área emocional y de desarrollo de habilidades personales, y ayuda además a reflejar situaciones de la vida cotidiana de los jóvenes para facilitar su reflexión sobre las mismas. Cada curso, Cine y Salud llega actualmente hasta casi 50.000 adolescentes aragoneses. El Programa Cine y Salud se desarrolla desde el año 2001 por iniciativa de la Comisión Mixta Salud-Educación del Gobierno de Aragón. Tiene por objeto tratar desde el lenguaje cinematográfico los

aspectos relacionados con la promoción de la salud en la adolescencia. La utilización didáctica del cine como recurso de educación para la salud permite abordar los problemas de salud en la adolescencia centrandolo su interés en el componente actitudinal, la clarificación de valores y las habilidades personales. A lo largo del taller se trabajará con los materiales y técnicas de trabajo del programa, de forma práctica con escenas/corte de películas relacionados con la salud mental infanto-juvenil. Se presentará el Programa Pantallas sanas: prevención de hábitos saludables en nutrición, consumo de tóxicos, autoestima, sexualidad, mejora de salud mental.

---

## TALLER 8

---

### INTEGRACION PSICOTERAPEUTICA EN UNA UNIDAD DE HOASPITALIZACION DE TRASTORNOS MENTALES DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

*Ponentes:*

**JOSÉ LUIS PEDREIRA MASSA**

*Psiquiatra y Psicoterapeuta de niños y adolescentes, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (Madrid)-Universidad Autónoma de Madrid. Prof. Tutor UNED. Dr. En Medicina. Especialista en Psiquiatría y en Pediatría. Psicoterapeuta acreditado por FEAP e ICOMEM. Máster en Calidad de Servicios asistenciales sanitarios.*

**ANGEL VILLASEÑOR**

*Psicólogo, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (Madrid)-Universidad Autónoma de Madrid. Profesor Psicopatología, Colegio Universitario Cisneros.*

**SILVIA GUTIÉRREZ**

*Médico especialista en Psiquiatría. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (Madrid)-Universidad Autónoma de Madrid*

---

#### OBJETIVOS

1. Analizar las diferentes intervenciones terapéuticas que se realizan en una Unidad de Internamiento de trastornos mentales agudo en la infancia y la adolescencia.
2. Actualizar las metodologías de intervención, con ejemplos prácticos.
3. Revisar la bibliografía actualizada con criterios de calidad.

#### RESUMEN

En otros Congresos de AEPNIA hemos expresado los ingresos en la Unidad de Hospitalización de agudos en trastornos mentales de la infancia y la adolescencia del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Lo hemos analizado tanto en las camas destinadas para TCA, como para los Trastornos mentales agudos de la infancia y la adolescencia. En el momento actual nuestra dotación de recursos de hospitalización se ha visto incrementada, pasando de las 17 camas iniciales a las actuales 31 camas reales. No ha existido incremento de personal de plantilla, lo que ha originado una reflexión sobre nuestros métodos de intervención y los diferentes instrumentos terapéuticos que empleamos, además de la psicofarmacología según los protocolos habituales. En los últimos años hemos

percibido cambios en el análisis de la demanda: 1. En relación a TCA: a. Se han detectado casos cada vez más precoces y con IMC que progresivamente mejoraban pero en los últimos meses se ha invertido la tendencia y aparecen casos con un IMC muy bajos. b. Incremento de psicopatología asociada en todo el proceso. 2. En relación con trastornos mentales agudos: a. Las crisis de agitación psicomotriz con heteroagresividad, persiste como causa prevalente, con escasa disponibilidad de recursos al alta de la hospitalización. b. Las conductas suicidas, representan un motivo prevalente y los abordamos con un protocolo de asistencia con criterios de calidad asistencial. En los últimos seis hemos observado un incremento paulatino, pero constante, de conductas autolíticas. c. Cuadros psicóticos en relación con consumo de sustancias, se encuentran estabilizados, en relación a años precedentes. d. Primeros brotes psicóticos y reagudización de procesos ya conocidos, Se encuentran en incremento. Perfilamos un trabajo que incluye la exploración del funcionamiento de la teoría general de la mente y de la cognición social, trabajo de investigación en conjunto con la UCM desde hace tres años. e. Trastornos del humor graves, sorprende que los cuadros de depresión mayor estén estabilizados y que los T. Bipolares son más bien escasos. f. Causas psicosociales, han experimentado un incremento

relevante en los últimos meses. Los problemas: mucho tiempo de dedicación para escasos resultados y ocupar un lugar inadecuado para su abordaje, por lo que se psiquiatiza la carencia de abordaje psicosocial de calidad. g. Evaluación para diagnóstico diferencial: Sorprende que, pese a su gran importancia, solamente unos pocos casos nos son remitidos. 3. El abordaje durante el ingreso consiste en: a. Exploración clínica y psicopatológica. b. Escalas de evaluación psicológica.

c. Intervención terapéutica de tipo integrada. d. “Psicoterapia a pié de cama” (con análisis de contenidos del diario). e. Abordaje grupal, en especial en los TCA. f. Abordaje familiar grupal, en los TCA. g. Agilizar el alta asegurando la continuidad asistencial: hospitales de día o CSM. 4. Análisis de casos: Presentaremos algunos casos paradigmáticos de los principales cuadros clínicos, así como los instrumentos utilizados, con especial incidencia en el análisis del diario y el “pase de visita” diario.

---

## TALLER 9

---

### ENTENDER Y COMPRENDER EL FENÓMENO BULLYING

*Ponentes:*

**ÁNGELA MAGAZ LAGO**

*Titulación: Doctora en Filosofía y Ciencias de la Educación, Sección Psicología. Especialista en Psicología Clínica y Educativa. Categoría Profesional y/o Cargo Laboral: Directora General del Grupo ALBOR-COHS. Presidenta de la Fundación para la Promoción de la Calidad de Vida, CALVIDA. Co-Directora del Master en Psicología, título propio de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (UIMP). Profesora vinculada a la Universidad Fernando Pessoa (UFP). Consultora para los Servicios Vasco y Valenciano de Salud. Directora y profesora de diversos cursos de formación a Profesores, Psicólogos y Psicopedagogos, así como cursos de formación Post-grado en diversas Universidades, y directora de Cursos de Verano de la Universidad del País Vasco y del Instituto Superior de Formación del Profesorado. Autora de diversas obras de carácter psicopedagógico: test, libros y programas de intervención. Centro de Trabajo: Grupo ALBOR-COHS. Gran Vía 17 – 4º Dptos. 416 y 417. 48001 Bilbao (Bizkaia)*

**LÓPEZ MARTÍNEZ M<sup>a</sup> LUISA**

*Titulación: Especialista en Psicología Clínica y Educativa. Licenciada en Filosofía y Ciencias de la Educación, Sección Psicología. Diplomada en Profesorado de Educación General Básica. Categoría Profesional y/o Cargo Laboral: Directora Consultoría del Grupo ALBOR-COHS en Santander. Profesora del Máster de Psicología, título propio de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo, en sus tres especialidades: Psicología de la Clínica, Psicología de la Educación y Atención Temprana. Coautora del Programa de Habilidades Sociales “AVANCEMOS” y Miembro del Equipo de Trabajo de instrumentos de evaluación psicológica y programas de entrenamiento en habilidades sociales. Centro de Trabajo: Grupo ALBOR-COHS. Vargas 75, 4B. 39010 Santander (Cantabria)*

**GANDARIAS SAEZ ANA ISABEL**

*Titulación: Licenciada en Pedagogía por la Universidad del País Vasco. Máster Profesional del Grupo ALBOR-COHS en Intervención Psicopedagógica con Niños y Adolescentes. Categoría Profesional y/o Cargo Laboral: Coordinadora de la División de Psicología Educativa del Grupo ALBOR-COHS en Bizkaia. Profesora del Máster de Psicología: Especialidad en Psicología de la Educación y en Atención Temprana, título propio de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Orientación a Centros Escolares y Gabinetes de Orientación. Coautora del Programa de Habilidades Sociales “AVANCEMOS” y Miembro del Equipo de Trabajo de instrumentos de evaluación psicológica y programas de entrenamiento en habilidades sociales. Centro de Trabajo: Grupo ALBOR-COHS. Magallanes 3, local. 48903 Cruces – Barakaldo (Bizkaia)*

---

### OBJETIVOS

- Comprender el fenómeno Bullying
- Enseñar cómo detectar riesgos y bullying
- Conocer claves y estrategias de intervención

### RESUMEN

Este taller tiene como objetivo responder de forma breve, precisa y operativa a las cuestiones más frecuentes acerca de qué es y qué no es el fenómeno Bullying en el siglo XXI, superando las propuestas más generalizadas sobre este fenómeno. Para ello, se presentan las propuestas que consideramos más eficaces en función de más de 20 años de experiencia directa y vicaria como profesionales de la Psicología Clínica y Educativa, tanto para la prevención desde el contexto sanitario y educativo, como para la intervención en situaciones concretas. Se contempla la evolución y cambio del contexto social y familiar así como la aparición de las nuevas tecnologías y sus implicaciones. El bullying implica malestar de todos los implicados, habitualmente escolares que se relacionan en un contexto concreto y en el que surgen conflictos

que no se resuelven de forma satisfactoria, poniéndose de manifiesto los déficits y habilidades personales de los implicados. Así, las personas más habilidosas no responden a provocaciones, resisten la frustración, están seguras y tranquilas, son independientes de las valoraciones de los demás y disponen de habilidades de autocontrol que les permiten no agredir ante la frustración y/o defenderse de manera adecuada. Sin embargo, las personas con menos habilidades agreden considerándose fuertes y valiosos o responden a las agresiones sin defenderse de manera adecuada. Estas situaciones no solo se dan en el centro escolar sino que se amplían en las redes sociales donde se prolongan y mantienen. 1. Qué no es el fenómeno bullying: análisis de un grupo con el Test BULL-S 2. Detección de riesgos de bullying: a. Identificación de hábitos grupales b. Escolares con riesgos 3. Claves de Actuación ante detección de Bullying y Entrenamiento en grupos reducidos: Prácticas de modelado y análisis de actuación de los adultos 4. Estrategias para orientar familias y docentes desde la clínica con niños y adolescentes.

---

## TALLER 10

---

### FORMACIÓN Y APOYO A LAS FAMILIAS CON NIÑOS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

*Ponentes:*

**CARMEN MONSALVE CLEMENTE**

*Maestra Audición y Lenguaje, logopeda con Certificación del Centro Hanen de Canadá. Actualmente, profesora de Pedagogía Terapéutica en Centro Educativo preferente para alumnos con TEA, en Madrid (Colegio Sagrado Corazón - Reparadoras)*

---

### OBJETIVOS

- Capacitar a los padres como agentes directos de intervención en contextos naturales
- Enseñar estrategias para adecuar el entorno a las necesidades comunicativas del niño
- Diseñar materiales y actividades de aplicación en contextos naturales

### RESUMEN

A través de este taller, se presentarán las características fundamentales del Programa Hanen para Padres de

niños con autismo y los motivos que hacen de él una herramienta válida en el tratamiento de la Comunicación para los niños con autismo y sus familias, aportando el mayor número de ejemplos y aplicaciones concretas posibles. Este tipo de programa se basa en un enfoque socio-pragmático del desarrollo y la adquisición del lenguaje, según el cual los niños aprenden a hablar y a comunicarse a través de las interacciones naturales que se dan en su entorno cotidiano, de modo que van utilizando sus recién aprendidas competencias directamente en el mundo “real” con las trascendentales consecuencias que

ello conlleva para la intervención. Además, se considera que para que sea provechoso, el tratamiento de niños pequeños con TEA debe incluir necesariamente la capacitación de sus padres. Se describirán someramente los principios que lo sustentan; su estructura y la forma en la que está concebida su aplicación, así como sus ventajas y sus limitaciones. Haremos un esfuerzo de

adaptación al público hispanohablante de alguno de sus materiales y sugerencias de actividades, dado que todavía no están traducidos oficialmente al castellano. Se brindarán ocasiones para “diseñar” actividades específicas, atendiendo al nivel de comunicación, las preferencias sensoriales y el contexto familiar en casos concretos.

---

## TALLER 11

---

### USO DE DISPOSITIVOS TÁCTILES Y REALIDAD VIRTUAL EN EL TRATAMIENTO DE NIÑOS CON TEA

*Ponentes:*

**VANESA PADILLO MARÍN**

*Investigadora. Fundación Sant Joan de Déu. Barcelona. Psicóloga colaboradora con la unidad UETD*

**PATRICIA ROMARÍS ALBARRAL**

*Psicóloga en la unidad de UETD, Unidad Especializada de Trastornos del Desarrollo, dirigida por la Dra. Amaia Hervás. Diagnóstico e intervención en personas con TEA.*

**MARTA SALGADO PEÑA**

*Psicóloga en la unidad de UETD, Unidad Especializada de Trastornos del Desarrollo, dirigida por la Dra. Amaia Hervás. Diagnóstico e intervención en personas con TEA.*

---

#### OBJETIVOS

- Ofrecer nuevas formas de tratamiento para los TEA
- Nuevas perspectivas de investigación en el uso de las nuevas tecnologías.

#### RESUMEN

En la comunidad científica hay un creciente interés en estudiar el uso de las nuevas tecnologías en la intervención en niños con TEA. Las tablets pueden ser herramientas facilitadoras para implementar sistemas alternativos y aumentativos de comunicación (SAAC), trabajar la estructuración y anticipación de rutinas, hábitos de autonomía, la atención compartida y la reciprocidad social. Los dispositivos táctiles integran los apoyos visuales y los sistemas de motivación que se consideran elementos imprescindibles en la intervención con estos

niños. Surge la necesidad de evaluar estos dispositivos como herramienta terapéutica en el área de los TEA. El equipo de la Unidad Especializada del Desarrollo (UETD) del Hospital Sant Joan de Déu está realizando un estudio en el que se enseña a los padres cómo utilizar los dispositivos iOS (iPad) y sus aplicaciones. para trabajar las áreas de dificultad de sus hijos. En la misma línea, se está llevando a cabo un programa de realidad virtual, en colaboración con la Universidad Pompeu Fabra, dirigido a incrementar la iniciación social en niños con TEA. Este estudio se encuentra enmarcado en un proyecto educativo Europeo. El objetivo de este taller es presentar el trabajo que se está realizando, aportando una visión práctica, mostrando la intervención con nuevas tecnologías dirigida a mejorar las competencias de los niños con TEA en edades comprendidas entre los 2-7 años.

---

## TALLER 12

---

### ABORDAJE INTEGRAL DEL TDAH: ¿INCLUIMOS LA FISIOTERAPIA?

*Ponentes:*

**JOSEP CORNELLÀ I CANALS**

*Doctor en Medicina. Pediatra. Acreditado en Psiquiatría Infanto-juvenil. Paidopsiquiatra. Diplomado en Autismo por la Universidad de Montpellier (Francia). Profesor del Grado de Fisioterapia en EUSES, Universidad de Girona.*

**JOSEP RAMON JUÁREZ LÓPEZ**

*Doctor en Psicología. Experto en Psicología Forense. Profesor del Grado de Psicología en la Universidad de Girona y de Máster en la Universidad Internacional de Catalunya*

**JORGE CAZORLA GONZÁLEZ**

*Graduado en Fisioterapia. Postgrado en Fisioterapia Pediátrica. Profesor del Grado de Fisioterapia de EUSES (Universidad de Girona). Responsable de investigación en Salud Mental y Fisioterapia.*

---

#### OBJETIVOS

- Actualizar los aspectos médicos y psicológicos en el tratamiento del TDAH.
- Conocer las posibilidades que se ofrecen desde la fisioterapia como tratamiento complementario.
- Actualizar la importancia del tratamiento precoz desde distintos ámbitos.

#### RESUMEN

La prevalencia del TDAH es elevada y causante de numerosos problemas personales, académicos y sociales, en los niños y adolescentes que lo padecen. Entendemos como muy importantes las acciones concretas y específicas del psiquiatra infantil y del psicólogo clínico. Pero, sin duda, podemos ir más allá. Resulta de vital

importancia poner todos los medios a nuestro alcance para aliviar la sintomatología. Tenemos dos evidencias. Por una parte, el trabajo que M B Pontifex y su equipo (Universidad de Illinois, EEUU) han publicado en *The Journal of Pediatrics* (2012), donde demuestra el efecto beneficioso de la kinesiterapia en el control de los síntomas del TDAH. Y por otra parte, el hecho de que en Finlandia, donde los alumnos practican ejercicio activo durante 15 minutos entre clase y clase, se disminuyen las tasas de fracaso escolar. Se propone un taller interactivo, con formato de role-play, y con intervención de los participantes. El objetivo principal va a ser dar un contenido de multidisciplina al tratamiento del TDAH desde la evidencia científica, y con datos de un programa que inicia su replicación en nuestra Universidad.

---

## TALLER 13

---

### TALLER DE ACTUALIZACIÓN EN TDAH – PROGRAMA ADHD CONTINUUM.

*Ponentes:*

**MAITE FERRÍN**

*(coordinador/ponente principal) MD, MSc, PhD. Adjunta en Psiquiatría, Centro de Salud Mental de Estella, Investigadora Asociada, Instituto de Psiquiatría de Londres.*

**MARIA JOSE PENZOL**

*(ponente) MD, MSc Psiquiatría de Infancia y Adolescencia. Psiquiatra Investigador Colaborador, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (iiSGM) Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM) Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (iiSGM)*

---

#### OBJETIVOS

- Este programa tiene como objetivo principal conseguir cambios reales en la práctica clínica en todos los países donde se realicen actividades de divulgación
- Consolidar el trabajo en red entre los profesionales de TDAH
- Permitir la adopción de un enfoque totalmente individualizado, por medio de un programa educativo adaptado a las necesidades locales

#### RESUMEN

El programa de formación ADHD-CONTINUUM es una iniciativa paneuropea, que se está implantando en varios países de Europa (Alemania, Suecia y España, hasta la fecha). Ha sido cuidadosamente diseñado y elaborado por un grupo de expertos internacionales, con amplia experiencia clínica e investigadora en el área del Trastorno del Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Está dirigido a profesionales sanitarios (psiquiatras, médicos de familia, pediatras y neuropediatras) familiarizados en el tratamiento de pacientes con TDAH, con el objetivo de garantizar una intervención temprana y eficaz a largo plazo, adaptada a las necesidades locales y que permita cambios reales en la práctica clínica. El programa educativo de Continuum-ADHD, se basa en los siguientes principios básicos: a) Conocimiento de la naturaleza del TDAH como trastorno del neurodesarrollo b) Dominio de todas las herramientas

de detección y diagnóstico disponibles c) Importancia del diagnóstico diferencial y comorbilidad d) Construcción de una alianza terapéutica con pacientes y familias e) Establecimiento de objetivos terapéuticos realistas f) Tratamiento integral individualizado (psicoeducativo, psicosocial y farmacológico) y g) Seguimiento periódico adaptado a la evolución. El contenido del programa completo de formación integral consta de 6 módulos, de los cuales se podrán impartir durante el congreso de AEPNYA 2 de ellos (proponemos impartir 2 talleres independientes). La selección de dichos módulos se hará de acuerdo con las preferencias, interés y necesidades de los asistentes a los talleres. Los módulos propuestos son los siguientes: Módulo 1: Introducción al TDAH Módulo 2: Diagnóstico del TDAH Módulo 3: Programa de asistencia de alta calidad Módulo 4: Atención integral y tratamiento individualizado para niños y adolescentes con TDAH Módulo 5: Atención integral y tratamiento individualizado para adultos con TDAH Módulo 6: Tratamiento del TDAH y sus comorbilidades Cada uno de los talleres será teórico-práctico y las sesiones se dividirán en tres partes: 1. Presentación de contenido teórico, con apoyo de material visual. 2. Ejercicio interactivo, previamente diseñado; que permitirá la participación activa de todos los asistentes. 3. Discusión y preguntas. Este curso posee acreditación por el Comité Europeo de Acreditación en SNC (EACIC) siendo por ello posible obtener créditos CME por parte de los participantes.

## TALLER 14

---

### APRENDIENDO A DISTINGUIR TDAH Y TRASTORNOS DE APRENDIZAJE

*Ponentes:*

**AZUCENA DÍEZ SUÁREZ**

*Especialista en Psiquiatría Infantil, Psiquiatría y Pediatría. Unidad de Psiquiatría Infantil, Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica Universidad de Navarra.*

**SARA MAGALLÓN RECALDE**

*Psicopedagoga. Profesora ayudante, Departamento de educación, Universidad de Navarra. Tesis doctoral bajo la dirección del Dr. Narbona y de la Dra. Crespo-Eguílaz en la Clínica Universidad de Navarra*

---

#### OBJETIVOS

- El objetivo de este taller es mejorar las habilidades del psiquiatra infantil para distinguir entre los síntomas de TDAH y los de Trastornos del aprendizaje, con el fin de realizar un adecuado abordaje terapéutico.

#### RESUMEN

Los principales motivos de fracaso escolar son el TDAH y los trastornos del aprendizaje. En algunos pacientes con fracaso académico resulta difícil distinguir entre ambos trastornos. Es necesario tener habilidad para realizar un diagnóstico diferencial, pero además en ocasiones se dan las dos condiciones en el mismo paciente. Las cifras de comorbilidad de TDAH con trastornos del aprendizaje

son muy variables, se estima que el 25-50% de los pacientes con TDAH tienen trastornos del aprendizaje, y que el 15-35% de los pacientes con TA tienen además TDAH. El rendimiento por debajo del potencial del niño, la concentración inconsistente, las faltas de ortografía o la mala caligrafía son algunos ejemplos de situaciones que pueden ser comunes a ambos tipos de trastornos. Los trastornos del aprendizaje más frecuentes son el trastorno de la lectoescritura, la discalculia y el trastorno del aprendizaje procedimental. El psiquiatra infantil debe ser capaz de sospechar los trastornos de aprendizaje, ya que el diagnóstico correcto de ambas patologías tiene un gran impacto en el tratamiento y el pronóstico de los pacientes.

---

## TALLER 15

---

### TALLER: MINDFULNESS APLICADO A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

*Ponentes:*

**MARIAN GONZÁLEZ GARCÍA**

*Dra. en Psicología de la Salud y del Deporte Lic. en Psicología Experta en Mindfulness Directora del Centro Psicoeducativo Balance, Santander*

---

#### OBJETIVOS

- Dar a conocer al profesional los conceptos básicos de este modelo, así como su eficacia y aplicabilidad en la población infantil y adolescente.
- Poner a disposición de los asistentes herramientas prácticas de uso personal para facilitar la práctica profesional.
- Enseñar ejercicios prácticos adaptados a la población infantil y adolescente.

#### RESUMEN

En las dos últimas décadas el uso de intervenciones basadas en Mindfulness para promover la salud psicológica y el bienestar han generado un creciente interés en los ámbitos clínico y científico. El término Mindfulness, que se traduce habitualmente como Atención Plena o Conciencia Plena, es definido como la habilidad de centrar la atención en el momento presente de manera intencional y sin juzgar, tomando conciencia sobre los propios procesos: pensamientos, emociones o sensaciones. Los beneficios de este método de entrenamiento atencional para mejorar el bienestar psicológico de personas con

un amplio rango de enfermedades físicas y psiquiátricas han sido contrastados en numerosos estudios científicos. Estos resultados han contribuido al desarrollo de múltiples adaptaciones basadas en Mindfulness dirigidas a poblaciones específicas, como la población infantil y adolescente. Actualmente en sus inicios, la investigación sobre la aplicación de las técnicas basadas en Mindfulness a la población infanto-juvenil, muestra resultados prometedores. Algunos de ellos se refieren a la disminución de la impulsividad, la ansiedad o la agresividad y la mejora de la capacidad atencional, de concentración, de autorregulación emocional así como de la competencia socio-emocional y la capacidad de resiliencia. A su vez, las técnicas basadas en Mindfulness constituyen una excelente herramienta para ayudar al profesional a reducir sus niveles de estrés laboral o burnout así como para mejorar el clima emocional y el grado de satisfacción laboral. En este taller se introducirán los conceptos clave de este método, se expondrá una revisión sobre la literatura científica que avala su eficacia y se enseñarán herramientas prácticas para la integración de este método en la práctica profesional.

---

# MESAS REDONDAS

---

## MESA REDONDA 1

---

### **PAIDOPSIQUIATRÍA PSICOSOMÁTICA EN CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA Y EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA (La interconsulta psiquiátrica en niños y adolescentes afectos de cardiopatía o nefropatía).**

*Moderador*

**OSCAR HERREROS RODRÍGUEZ**

*Médico especialista en psiquiatría. Experto en Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia. Facultativo especialista del Área de Psiquiatría (Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil) del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Miembro titular de la AEPNYA. Miembro de la Junta Directiva, Presidente de la Comisión de Publicaciones y Director de la Revista de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Representante de la Organización Médica Colegial Española en la Sección de Especialistas en Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS). Miembro de la Junta Directiva de la European Society for Child and Adolescent Psychiatry.*

---

Ponencia 1

### **La paidopsiquiatría psicosomática en nefrología pediátrica (la interconsulta psiquiátrica en niños y adolescentes con nefropatía: diálisis renal).**

**BELÉN RUBIO MORELL**

*Médico especialista en psiquiatría. Experto en Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia. Coordinadora de Salud Mental Infanto-Juvenil de Tenerife y Médico Adjunto de Psiquiatría. Unidad de Interconsulta y Enlace infanto-Juvenil. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife. Miembro titular de la AEPNYA. Secretaria de la Junta directiva de la AEPNYA.*

---

La nefrología pediátrica, especialmente en las enfermedades renales crónicas y la insuficiencia renal crónica, ha experimentado notables avances que han comportado, para el paciente pediátrico y su familia, grandes mejoras en sus condiciones de vida si bien planteando, paralelamente, otras cuestiones como la adherencia terapéutica en el adolescentes, la calidad de

vida, el cuidado psicosocial y el psiquiátrico integral que hoy revisaremos además desde la práctica clínica. Así el propósito de esta ponencia es plantear la asistencia psiquiátrica a los niños y adolescentes (y sus familias) atendidos por Nefrología pediátrica con una especial atención a las enfermedades crónicas, y la diálisis renal.

---

Ponencia 2

**La paidopsiquiatría psicomatica en cardiologia pediatrica: las cardiopatias congénitas (la interconsulta paidopsiquiátrica en niños y adolescentes con una cardiopatía: cardiopatías congénitas)**

*ROSER VACAS MOREIRA*

*Médico especialista en Psiquiatría: Experta en Psiquiatra infantil. Master en psiquiatría infanto-juvenil. Master en Psiquiatría y Psicología social. Master en Psiquiatría y psicología médica. Directora médica del Centro médico psicopedagógico y de psicósomática NOVOMEDIGRUP. Miembro titular de la AEPNYA*

---

Las cardiopatías pediátricas comprenden un muy amplio abanico de enfermedades cardiacas comprendiendo desde las de resolución espontanea hasta las mortales, desde las congénitas hasta las adquiridas. En todas ellas en los últimos años se han presentado grandes avances con notables mejorías terapéuticas y consecuentemente pronosticas destacando las del área

de las congénitas (con p.e.: la intervención quirúrgica cardiaca fetal terapéutico-preventiva) y así llegándose a plantear nuevos problemas como el embarazo en adultos jóvenes con cardiopatías congénitas. Nuestro principal objetivo es revisar los trastornos psiquiátricos en los niños y adolescentes afectos de cardiopatía así como presentar nuestra experiencia clínica.

---

Ponencia 3

**Sin título**

*XAVIER GASTAMINZA PÉREZ*

*Médico especialista en Psiquiatría. Experto en Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia. Facultativo especialista. Paidopsiquiatría Psicósomática. Unidad de Paidopsiquiatría. Área Materno-Infantil. S. Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. Universidad Autónoma de Barcelona. Consultor de Centro MEDIGRUP. Miembro titular de la AEPNYA.*

---

Existen enfermedades renales y enfermedades cardiacas terminales en las que no existe respuesta a los tratamientos farmacológicos el tratamiento dando paso final al trasplante renal o el cardiaco como opción terapéutica. Situación que requiere en ocasiones la atención e intervención del paidopsiquiatría en el paciente

y/o la familia, ya pre trasplante, en el trasplante o más frecuentemente postrasplante, o, la calidad de vida, el cuidado psicosocial y el psiquiátrico integral. Situaciones que serán el objetivo de revisión de este trabajo así como la presentación de nuestra experiencia en este tema.

## MESA REDONDA 2

---

### EVALUACIÓN DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN LA ADOLESCENCIA

*Moderador*

**PROFESOR JOSÉ MARIANO VELILLA PICAZO**

*Presidente de Honor de AEPNYA*

---

**OBJETIVO:** dar a conocer los últimos resultados de recientes trabajos de investigación comunitaria e intervención en el campo de la adolescencia, la imagen corporal y los trastornos alimentarios y las conductas violentas en España con los programas ZARIMA, DITCA “Aprendiendo entre todos a relacionarnos de

forma saludable”, JAMPA “Creciendo con atención y consciencia plena” que han demostrado su utilidad en el terreno de la prevención y la promoción de la salud mental en la adolescencia tras su evaluación cuantitativa y cualitativa.

---

#### Ponencia 1

### Evaluación de ensayo controlado multicéntrico en prevención de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes del norte de España

**PROFESOR PEDRO MANUEL RUIZ-LÁZARO**

*Jefe de sección Psiquiatría Infanto-Juvenil Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Universidad de Zaragoza. I+CS*

---

Ensayo controlado, aleatorizado y multicéntrico en colegios/institutos de Zaragoza, Santiago de Compostela y Santander con alumnos de 1º ESO

En 2007 contamos con una muestra inicial de 1558 participantes que dividimos aleatoriamente en grupo control e intervención. Analizadas las características sociodemográficas y clínicas mediante Epidat partimos de grupos sin diferencias estadísticamente significativas. La población con riesgo hallada inicialmente es 9,5% (7,8% varones; 11,3% mujeres). La tasa de prevalencia de TCA es 0,8% (0,1% varones; 1,6% mujeres). Inmediatamente tras la administración del taller no se obtiene una diferencia estadísticamente significativa entre los porcentajes de sujetos con riesgo de TCA del grupo control e intervención. Sin embargo, tras el taller,

la puntuación media del cuestionario EAT-26 en el grupo intervención (6,78) sí es significativamente menor que la del control (8,13) ( $p=0,002$ ).

En el seguimiento un año después los porcentajes de sujetos con riesgo de TCA en grupo control (6,5%) e intervención (5,1%) son estadísticamente similares.

Estudiando la muestra por provincias, en el momento del seguimiento, sí encontramos una diferencia significativa en los porcentajes de sujetos con riesgo del grupo intervención y control en la muestra procedente de Santander (7,9% de sujetos con riesgo en control frente a 2,5% en intervención).

En el total de la muestra, encontramos significativa la diferencia entre la puntuación del EAT-26 de un grupo y otro al año de la intervención (el grupo intervención

consigue una puntuación media en el EAT-26 significativamente menor que el grupo control al año del taller: 6,94 en control frente a 5,99 en intervención;  $p=0,019$ ).

Consideramos que se produce un efecto stillover o sesgo de contaminación en nuestra investigación que

unido a las pérdidas significativas halladas en algunos casos a lo largo de la investigación pueden ser las principales causas de que, en algunos aspectos, los resultados no hallan obtenido la magnitud esperada.

---

## Ponencia 2

### **Modelo Alcalá de Henares de intervención comunitaria con empoderamiento de adolescentes**

*DR PATRICIO JOSÉ RUIZ-LÁZARO*

*Centro de salud Manuel Merino de Alcalá de Henares Representante Español Foro 2007 de WHO/HBSC.*

---

Se describe el Proyecto de participación comunitaria de adolescentes y jóvenes “Aprendiendo entre todos a relacionarnos de forma saludable” del centro de salud Manuel Merino de Alcalá de Henares ganador del Primer Premio en 2002 SEMFYC para Proyectos de Actividades Comunitarias en Atención Primaria PACAP con: Espacio “12-20”: Consulta de promoción de la salud para adolescentes y jóvenes. Una weblog <http://adolescentes.blogia.com> en cuya bitácora principal se publican noticias sobre el proyecto y artículos de promoción de la salud (escritos por adolescentes y profesionales) y se enlaza con: otras weblogs, formando todas parte de una comunidad de bitácoras dentro del proyecto de participación comunitaria de adolescentes, una consulta joven virtual, comunidad en [www.sitelias.net](http://www.sitelias.net). Y el Proyecto de empoderamiento para la salud y creación de red comunitaria de Jóvenes Agentes en Mediación y Prevención de la Agresión “Jóvenes en red por su desarrollo saludable y contra la violencia: Programa

J.A.M.P.A.” XI PREMIOS semFYC 2006 PACAP, representante español en el FORO 2007 DE WHO/HBSC: Cohesión social para la salud mental y bienestar de los adolescentes. Durante 2012, la Red J.A.M.P.A se transforma en el espacio grupal “De jóvenes a jóvenes”, donde los adolescentes pueden compartir sus vivencias con otros jóvenes y con profesionales de salud, mejorar sus competencias socioemocionales y sus habilidades para la vida, y desarrollar su creatividad a través de la expresión artística (narrativa, cómic, música,...) y audiovisual (cine, radio,...)

Promovido desde “De jóvenes a jóvenes” y fruto de la colaboración con el colegio Emperador Fernando de Alcalá de Henares, está en marcha, desde octubre de 2012, el proyecto “Creciendo con atención y consciencia plena” (Primer Premio en los XV premios semFYC 2013 PACAP), que trata de educar para la salud a través de la atención y consciencia plena (mindfulness).

---

## Ponencia 3

### **Programa DITCA CV: Prevención de TCA en adolescentes escolarizados en la comunidad valenciana**

*PROFESOR LUIS ROJO MORENO*

*Catedrático de Psiquiatría Jefe de Sección de Psiquiatría Infantil Unidad de TCA Hospital La Fe. Universidad de Valencia. Responsable del Proyecto DITCA.*

---

Con el programa DITCA se ha llegado a intervenir con miles de estudiantes de secundaria valencianos para detectar y prevenir trastornos alimentarios. El programa de Promoción de la Salud y Prevención de trastornos de la Conducta Alimentaria (DITCA C.V.) en la Comunidad de Valencia para la detección temprana y la prevención de TCA en alumnos valencianos de 13 a 15 años con doble criba con el ChEAT y un programa diagnóstico en la red seguida por una entrevista con un experto clínico. Se encuentra protocolizado on-line, a través del portal web [www.ditca.net](http://www.ditca.net). Cada curso académico, entre un 45% y un 50% del total de Centros Docentes de la Comunidad Valenciana que imparten 2º curso de Enseñanza Secundaria Obligatoria participan en el programa DITCA, lo que supone una media anual de 18.000 adolescentes. La media de alumnos que dan positivo para el Cribado 1 es del 8% y la media de adolescentes que dan positivo y

son considerados como casos probables de TCA-Casos DITCA se cifra en torno al 1% del total de participantes. Tras dos ediciones piloto, el programa se comenzó a aplicar en todo el territorio autonómico en el curso escolar 2003/2004, en su modalidad de detección precoz. En el curso académico 2004/2005 se incorporó la modalidad de prevención primaria por vez primera. El programa preventivo con métodos audiovisuales se imparte en las escuelas por los profesores en tutoría y educación física y los orientadores con apoyo continuo por Internet, con un modelo participativo con un material semiestructurado que no sólo transmite información, sino que promueve la reflexión y participación, facilita el cambio de actitudes, trabaja en factores protectores; autoestima, hábitos saludables, satisfacción corporal, pensamiento crítico frente a la presión ambiental, mitos sobre las dietas y el cuerpo y con un modelo de referencia para consultar.

---

## MESA REDONDA 3

---

### MESA REDONDA: PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA, ARTE Y CULTURA

*Moderador*

**PEDRO MANUEL RUIZ LÁZARO**

*Jefe de sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil HCU de Zaragoza. Profesor Asociado Universidad de Zaragoza*

---

Ponencia 1

-Cómic y Psiquiatría Infantil

JOSÉ RAMÓN GUTIÉRREZ CASARES

Jefe de Servicio de Psiquiatría Badajoz.

Ponencia 2

-Niños y adolescentes en la literatura

ESPIDO FREIRE

Escritora Ganadora Planeta. Madrid.

Ponencia 3

-Verbo: cine y adolescencia

EDUARDO CHAPERO JACKSON

Director de cine. Madrid.

---

**Introducción:** Irina Efremova sugiere el uso del análisis psicopatológico de los héroes de la literatura y su aplicación al conocimiento de la condición humana para mejorar la ciencia de la Psiquiatría (Ruiz-Lázaro, 1999). Sin caer en el error de ver enfermos por doquier cuando

la visión de la cultura se acerca a la Medicina (Brenot, 1998) los personajes de las películas, relatos, novelas, los cómics y novelas gráficas presentan trastornos mentales y del comportamiento de inicio en la infancia y adolescencia.

---

**Objetivo:** dar a conocer la relación existente entre Psiquiatría de la infancia y adolescencia y diferentes formas de expresión artística: cine, literatura y noveno arte: cómic, novela gráfica. Y discutir sus posibles usos terapéuticos y preventivos, especialmente con niños y

adolescentes, en Counseling y terapia del juego (Rubin 2007; Brody, 2008) o en el TDAH con “La prueba” de Hormaechea, Uribarri y Garay (2007) o el Programa Cine y salud del Gobierno de Aragón.

---

### Ponencia 1

#### Cómic y Psiquiatría Infantil

Se analizará el mundo del cómic desde The Yellow Kid a Corto Maltés. Se recordará al psiquiatra Fredric Wertham con su libro de 1954 “La seducción de la inocencia” donde considera a los cómics perjudiciales para los niños y defiende que deben ser objeto de censura. Tebeos y novelas gráficas donde aparece psicopatología como el autismo en “The ride together o “El viaje juntos” de Paul y Judi Karasik 2003 o “Emotional World Tour” de Miguel Gallardo y Paco Roca (2009) o “María y yo”

de Gallardo (2007) o los trastornos alimentarios en “No te quiero pero...” de Fermín Solís (2004) o “Lucille” de Ludovic Debeure (2006). O la adolescencia en “Brooklyn dreams” de JM De Matteis & Glenn Barr (2003). O un trastorno de adaptación en la infancia en “Stitches” de David Small (2009) o de estrés postraumático en Batman, probablemente el superhéroe más estudiado por psiquiatras como en “Batman visto por un psiquiatra” (Ramos 2000, 2006).

---

### Ponencia 2

#### Niños y adolescentes en la literatura

A través de las páginas de novelas, cuentos y relatos se analizarán los personajes niños y adolescentes con

problemas emocionales y de conducta, sus conflictos, motivaciones y emociones.

---

### Ponencia 3

#### Verbo: cine y adolescencia

La película “Verbo” cuenta la historia de Sara, una chica adolescente de 15 años con un sexto sentido. Una joven y tímida heroína del siglo XXI que empieza a intuir que en el mundo tiene que existir algo más que lo que ven nuestros ojos, algo escondido que empieza a obsesionarle. Guiada por su instinto, comienza a encontrar en su gris existencia una serie de inquietantes mensajes y pistas que le empujan a entrar en una nueva dimensión, peligrosa y terrorífica, en la que deberá iniciar un viaje para salvar su vida. En el transcurso de este devenir perturbador pero lleno de aventuras, Sara encontrará un nuevo reto: el modo de cambiar el mundo. Una aproximación fantástica al mundo adolescente.

#### Bibliografía

1. Ruiz-Lázaro PM. Psiquiatría y literatura en niños y adolescentes. En: Fernández JL, Lamas S, Simón D, coordinadores. Asociación Galega Saúde Mental (AGSM). A creación da locura na literatura. Psiquiatría, Psicoanálise e Literatura. Ourense: Gráficas Rodi, 1999.pp. 35-43.
2. Ramos Brieva JA. Batman visto por un psiquiatra. E-book, 2006.
3. Rubin L C. Using Superheroes in Counseling and Play Therapy. New York: Springer Press, 2007.

## MESA REDONDA 4

---

### EVOLUCION Y CURSO CLINICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO INFANTO-JUVENIL

*Moderador*

**DOLORES MORENO PARDILLO**

*Médico psiquiatra. Responsable de la unidad de adolescentes. Servicio de psiquiatría del niño y el adolescente. Hospital general Universitario Gregorio Marañón. Profesora asociada universidad complutense de Madrid. CIBERSAM*

---

Ponencia 1

#### **Estabilidad en el diagnóstico psiquiátrico en adolescentes a los 5 años de su ingreso en unidad de psiquiatría infantil y juvenil estabilidad en el diagnóstico psiquiátrico en adolescentes a los 5 años de su ingreso en unidad de psiquiatría infantil y juvenil**

**LUISA LAZARO GARCIA**

*Jefa de Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Institut de Neurociències. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica. Universitat de Barcelona. IDIBAPS (Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer), Barcelona. CIBERSAM.*

---

La estabilidad diagnóstica se define como el grado en que un diagnóstico se mantiene constante en el tiempo, y da las bases para poder predecir el curso de la enfermedad y el pronóstico a largo plazo. El objetivo del estudio es determinar los diagnósticos más y menos estables; en que trastornos derivan los diagnósticos más inestables y valorar la evolución del paciente a lo largo de los años y su calidad de vida actual. Se han reclutado a aquellos pacientes de edades entre 12 y 17 años, que ingresaron por primera vez en la Unidad de Hospitalización entre enero y septiembre del 2008. Se contactó telefónicamente con los padres para ofrecerles participar. Se estableció el diagnóstico actual mediante la entrevista clínica estructurada para trastornos eje I del DSM-IV (SCID-I) y se evaluó la funcionalidad y calidad de vida actual mediante WHOQOL-Bref y EEAG. Los resultados fueron analizados mediante SPSS 18.00 con significación  $p < 0.05$ . Las frecuencias diagnósticas al

inicio y a los 5 años se compararon mediante el test de McNemar. De los 253 ingresos hospitalarios, aceptaron participar 72 con una edad media en el momento del ingreso de 15,32 (DS=1,412), siendo el 73.6% niñas. Los diagnósticos más estables son: Trastorno Bipolar (100%,  $p=1.000$ ), Esquizofrenia (75%  $p=1.000$ ), Trastorno de Ansiedad Generalizada (100%,  $p=1.000$ ), y los menos estables: Trastorno Psicótico no especificado (33.3%,  $p=0.125$ ), Anorexia Nerviosa (0%) y Trastorno de Conducta (0%). Nuestros datos sobre estabilidad diagnóstica son congruentes con la literatura previa. Un 37.5% no realizaba seguimiento en salud mental no contando actualmente con un diagnóstico. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a edad de inicio, género, lugar de residencia o diagnósticos a nivel basal entre la muestra que realizó el estudio de seguimiento y los que no pudimos contactar o no quisieron participar en el estudio.

---

Ponencia 2

**Curso clínico y evolución a 2 años de la anorexia nerviosa de inicio en la adolescencia**

*MONTSERRAT GRAELL BERNA*

*Medico psiquiatra. Coordinadora de la unidad de trastornos de alimentacion. Servicio de psiquiatria y psicologia infantil y juvenil. Hospital infantil universitario niño Jesus. Madrid Cibersam*

---

Los trastornos de alimentación son la tercera enfermedad más frecuente en la adolescencia. La gravedad de estos trastornos depende de los síntomas conductuales, psicopatológicos y de las complicaciones físicas que se producen derivadas de la malnutrición. El curso clínico tiene tendencia a la cronicidad especialmente si no se establece el tratamiento precoz y adecuado. Los factores que influyen en el curso clínico y evolución de estos trastornos los podemos agrupar en tres subtipos: psicopatológicos, biológicos y familiares. Entre los factores psicopatológicos destacan la gravedad y tipo de los síntomas alimentarios específicos pero también la psicopatología general y los rasgos de personalidad del adolescente con anorexia. El estado nutricional al

inicio del tratamiento es un factor pronóstico a corto y largo plazo. El grado y duración de la desnutrición y las complicaciones médicas que produce pueden modificarse muy precozmente con el tratamiento y por tanto mejorar el pronóstico. La estructura, funcionamiento y salud familiar se consideran factores pronósticos especialmente en la anorexia nerviosa del adolescente, además la terapia basada en la familia es la que ha demostrado mayor eficacia en estas edades. Presentamos los resultados psicopatológicos y nutricionales de 90 adolescentes con trastorno de alimentación del Estudio Evolutivo de la Anorexia Nerviosa de Inicio en la Adolescencia (ANABEL) que comprende los dos primeros años de evolución tras el inicio del tratamiento.

---

Ponencia 3

**Curso Evolutivo de los Trastornos mentales de Inicio en la infancia o Adolescencia**

*JOSE RAMON GUTIERREZ CASARES*

*Médico Psiquiatra. Unidad Ambulatoria de Psiquiatria y Salud Mental de la Infancia y Adolescencia Hospital Perpetuo Socorro. Servicio Extremeño de Salud. Badajoz*

---

Los estudios de seguimiento sugieren que los trastornos afectivos tienen unas altas cifras de recurrencia en la vida adulta. Esto es grave tanto por la presencia de intentos de suicidio como por la presencia de suicidios consumados. Además, las recurrencias afectivas producen otros desajustes personales. Los trastornos depresivos mayores -prepuberales, en la edad adulta tienen: Más riesgo de trastorno bipolar, un aumento del riesgo de trastorno por uso de sustancias (x3), de trastornos de conducta (x4), de intentos de suicidio (x3) y de T. antisocial de personalidad (si presentaron un trastorno depresivo mayor asociado con un trastorno de conducta). En el presente trabajado

estudiamos la evolución de una muestra de 95 pacientes (445 varones y 31 niñas) diagnosticada de trastornos afectivos con una edad media de  $11.11 \pm 2.1$  años en el momento del episodio index. Se analizan, en la exploración basal, variables epidemiológicas, clínicas y escalares (CDI, STAI-C, Barrat-IS, Leyton, SCARED, EAT) y las oscilaciones de todas ellas a lo largo del periodo de seguimiento de un año. Además se analizan los datos evolutivos de 70 pacientes diagnosticados de trastornos afectivos y tratados en nuestra consulta de forma habitual y re-evaluados 3 años después.

## MESA REDONDA 5

---

### DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LOS TRASTORNOS MENTALES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA: SUS IMPLICACIONES EN LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN

Moderador

EMMA NOVAL ALDACO

*Licenciada en Psicología por la Universidad de Deusto. 1995-99. Especialidad en Psicología Clínica via PIR en el Hospital Virgen del Camino/Hospital de Navarra. Pamplona. 2002-2005. Puesto de trabajo: Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. Desde marzo de 2006 hasta la actualidad. Formación especializada en Psicoterapia de Niños y Adolescentes. Universidad de Deusto y Asociación Altxa. Bilbao. 2006-2009. Actividad docente, actividades formativas, miembro de Asociaciones profesionales relacionadas con el ámbito psicológico-psiquiátrico.*

---

Ponencia 1

#### Diferencias de género en primeros episodios psicóticos (PEP). Estudio de una muestra de pep de inicio temprano

DRA. MARTA PARDO

*Licenciatura de Medicina en la Universitat de Barcelona (1996-2002). Especialidad de Psiquiatría durante el período (2003-2007) en Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Psiquiatra adjunta en el Hospital Sant Joan de Déu desde Junio del 2007 desarrollando actividad asistencial en la Unidad de Hospitalización y en las Consultas Externas del Servicio de Psiquiatría y Psicología en las unidades específicas terapéuticas de Primeros Episodios Psicóticos y Conductas Adictivas en Adolescentes. Actividades de investigación en áreas de interés: Psicosis de inicio en la infancia y la adolescencia y patología dual en adolescencia. Participación en proyectos de investigación sobre Primeros Episodios Psicóticos: "Diferencias de género en los primeros episodios psicóticos" (FIS 05/1115), "Consumo de tóxicos en primeros episodios psicóticos" (Caja Navarra) y validación de la escala IRAOS para población española (proyecto ETES). Máster de la Universitat de Barcelona en Investigació en Ciències Clíniques en 2010, con la realización del trabajo de investigación: Perfil neuropsicológico en primeros episodios psicóticos: diferencias en psicosis afectivas y no afectivas. En la actualidad forma parte del equipo investigador del proyecto FIS: "Estudio multicéntrico longitudinal sobre características clínicas, cognitivas y de neuroimagen en niños y adolescentes con Síndrome de Riesgo de Psicosis". Publicaciones recientes en revistas científicas sobre el consumo de drogas en población adolescente y su impacto en el ámbito de los servicios de urgencias. Co-autora de publicaciones en revistas de factor de impacto acerca del estudio sobre características clínicas, neuropsicológicas y sociales de pacientes con un primer episodio psicótico.*

---

La Esquizofrenia y los Primeros Episodios Psicóticos (PEP) presentan una considerable heterogeneidad en varias de sus características básicas como son la presentación clínica, el curso de la enfermedad y la respuesta a tratamientos farmacológicos y psicológicos. Parte de esta variabilidad puede asociarse al género, por lo que teniendo en cuenta su fiabilidad, validez y estabilidad, el estudio de las diferencias de género en pacientes con PEP es de gran utilidad para comprender algunas de las diferencias observadas. En la ponencia propuesta se realizará una revisión de los resultados de estudios recientes sobre diferencias de género en pacientes con un PEP. En cuanto a incidencia y prevalencia, varios estudios observan una mayor incidencia en hombres, mientras que otros estudios poblacionales mantienen una igual prevalencia entre hombres y mujeres. Numerosos estudios observan diferencias significativas en relación a la edad de debut de la enfermedad, siendo mayor en

las mujeres, así como también existen datos consistentes con la presencia de un mejor funcionamiento social y premórbido en las mujeres. En relación a la presentación clínica, algunos estudios sugieren una mayor gravedad de los síntomas negativos en los hombres así como más síntomas afectivos en las mujeres, pero no existen datos concluyentes sobre las diferencias clínicas asociadas al género. Tampoco se han encontrado hallazgos consistentes en las diferencias de rendimiento cognitivo. Por último, teniendo en cuenta la escasez de estudios realizados que incluyan pacientes con edad de debut infanto-juvenil (psicosis de inicio temprano), se presentarán los resultados de un estudio de PEP con una muestra de 54 pacientes con psicosis de inicio temprano y se estudiarán las diferencias en presentación clínica, características premórbidas, funcionamiento social y abuso de tóxicos según el género.

---

## Ponencia 2

### **Influencia del género en los trastornos del espectro autista**

*DRA. ISABEL RUEDA BÁRCENA*

*Licenciada en Medicina por la Universidad de Cantabria (1997-2003) Especialidad Psiquiatría. Residencia (MIR) realizada en Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (2005-2009) Psiquiatra en el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, desde el 1/09/2009, realizando actividad asistencial en la Unidad de Hospitalización y en las Consultas Externas del Servicio de Psiquiatría y Psicología en la Unidad Especializada de Trastornos del Desarrollo (UETD). Ponencias en cursos sobre "Psicofarmacología en la Infancia y Adolescencia. Tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista" dirigidos a profesionales sanitarios desde 2011 Actividad científica y participación en congresos mediante comunicaciones orales, posters, artículos y capítulos de libros.*

---

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) son un grupo de trastornos caracterizados por presentar alteraciones en el área de la comunicación y la interacción social recíproca junto con una serie de patrones de conductas estereotipadas/intereses restringidos. En los últimos años la comunidad científica acepta un importante incremento en la prevalencia de TEA, estimándose cifras de 1 caso de cada 150 niños en la población general, y reconociéndose cifras de prevalencia mucho más elevadas en varones que en mujeres (4:1), especialmente en los TEA de alto funcionamiento, en los cuales la prevalencia llega a 10 chicos:1 chica. Distintos estudios hablan también de una diferente presentación fenotípica en función del género, describiéndose en las chicas una menor repercusión

de conductas repetitivas, menos dificultades en el desarrollo de juegos imaginativos y mayor afectación para establecer relaciones de amistad. Se presentarán datos de una amplia muestra clínica de pacientes con TEA procedente del Hospital Sant Joan de Déu y del Hospital Universitario Mutua de Terrassa. Se discutirá aspectos de heterogeneidad fenotípica de la muestra en función de las diferentes presentaciones sintomáticas entre chicos y chicas, así como las diferencias fenotípicas observadas en relación a las habilidades cognitivas que presenten. Teniendo en cuenta que una de las mayores complicaciones de los TEA es la alta comorbilidad psiquiátrica con otros trastornos, afirmándose en la literatura que hasta un 75% de los pacientes con TEA

van a presentar al menos otro diagnóstico psiquiátrico comórbido a lo largo de su evolución, se discutirá también sobre la comorbilidad de TEA con síntomas de otros trastornos psiquiátricos, como el TDAH, síntomas de

ansiedad o depresión en función del género. Se discutirán los resultados e implicaciones de estas diferencias de género en la prevención, diagnóstico e intervención en los TEA.

---

Ponencia 3

**“Diferencias ligadas al sexo en pacientes con TDAH” Gutiérrez Casares JR, Martín Lunar MT, Pérez Rodríguez A.**

*DR. JOSÉ RAMÓN GUTIÉRREZ CASARES*

*Licenciatura en Medicina en la Universidad de Salamanca (1973/79) Especialidad en Psiquiatría en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca (1980-83) Lugar de trabajo actual: Hospital Perpetuo Socorro. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Servicio Extremeño de Salud Categoría: Jefe del Servicio de Psiquiatría Amplia actividad clínico-asistencial y docente, así como participación activa en diferentes Asociaciones profesionales a nivel nacional e internacional.*

---

Introducción: Las diferencias ligadas al sexo han sido analizadas en múltiples parcelas tanto de la psiquiatría general y de la psiquiatría infantil en particular: efectos de la toxicidad de algunos fármacos, eficacia de los fármacos antidepresivos, uso y abuso de sustancias, etc... En relación con el TDAH se acepta, aunque con algunas discrepancias, que el trastorno es 2.3 veces más frecuente en niños que en niñas. No se han encontrado grandes diferencias entre los sexos en variables tales como el deterioro social, relaciones familiares, comorbilidad y algunas variables relacionadas con la respuesta al tratamiento. Si bien es verdad que los niños abandonaban

más la escuela que las niñas y que en el subgrupo de los inatentos, las niñas suelen presentar más comorbilidad de trastorno de ansiedad que los niños. Material y Métodos: Nuestra ponencia versará sobre las diferencias ligadas al sexo en distintas pruebas neurocognitivas (CPT, WCST, MVLT) en una muestra ambulatoria de 198 controles, 372 TDAH puros y 180 TDAH comórbidos. Se analizan las diferencias de estas pruebas en las distintas etapas evolutivas (pre-escolar, pre-pubertad y adolescencia) y su relación con algunas escalas clínicas (Children Depression Inventory y Barrats Impulsivity Scale).

---

## MESA REDONDA 6

---

### TEMPERAMENTO, CARÁCTER Y PERSONALIDAD: ACTUALIDAD CLÍNICA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

*Moderador*

**GONZALO ORANDÉ LAVIN**

*Jefe Sección Psiquiatría y Psicología Infantil. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid. Universidad Autónoma de Madrid*

---

Ponencia 1

#### **El temperamento: de Thomas y Chess a la semiología y clínica actuales**

**JOSÉ LUIS PEDREIRA MASSA**

*Psiquiatra y Psicoterapeuta de niños y adolescentes, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (Madrid)-Universidad Autónoma de Madrid. Prof. Tutor UNED. Dr. En Medicina. Especialista en Psiquiatría y en Pediatría. Psicoterapeuta acreditado por FEAP e ICOMEM. Máster en Calidad de Servicios asistenciales sanitarios.*

---

El temperamento ha tenido varias conceptualizaciones pero, sin duda, han sido Thomas & Chess los que aportaron la gran lectura dimensional a esta organización. El gran papel del temperamento consiste en ser la base

psicobiológica del sujeto. Gran relevancia, por lo tanto en su relación con las conductas de apego y con la vulnerabilidad del sujeto, pero también con su lectura en positivo al referirnos a la resiliencia.

---

Ponencia 2

#### **El carácter...¿qué carácter?**

**CARMEN MARTÍNEZ CANTARERO**

*Dra. en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Universidad Autónoma de Madrid*

---

La relación entre el carácter y el comportamiento social es un clásico. De ahí la relación que se establece para que se constituya en la base de los psicossocial, la referencial para el análisis de las vivencias y de las experiencias del sujeto. Paso fundamental, también para

entender la interacción con los factores de riesgo que nos vamos encontrando y con el conjunto del proceso de vinculación. No lo olvidemos: también nos refiere al aprendizaje hacia la resiliencia.

---

Ponencia 3

**La personalidad: crisol de interacciones anteriores**

MARÍA DEL MAR FAYA

*Especialista en Psiquiatría. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Universidad Autónoma de Madrid*

---

Hablar de este tema ya es políticamente incorrecto, pero ¿quién dijo que el desarrollo infantil era políticamente correcto? De las interacciones entre temperamento y carácter se va a definir la emergencia acrisolada de la personalidad. Quizá no esté tan constituida en la infancia y la adolescencia como en la edad adulta, pero en estas etapas vemos, constatamos en la clínica, que el

sujeto infantil “apunta maneras”, para ello podemos ver dimensiones de la personalidad y podemos compararlas con las de sus figuras parentales. Buen ejercicio psicopatológico que afrontamos en este apartado, con las dimensiones clínicas, como diría Millon, más allá del DSM.

---

## MESA REDONDA 7

---

### AVANCES EN GENÉTICA PARA EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Moderador

SANDRA ALONSO BADA

*Psiquiatra Infantil. Unidad de Salud Mental Infantojuvenil. Torrelavega Hospital Sierrallana*

---

Ponencia 1

**Nuevos algoritmos diagnósticos en la discapacidad intelectual. ¿Por qué y para qué?**

IGNACIO MALAGA DIÉGUEZ

*Doctor en Medicina por la Universidad de Oviedo Especialista en Pediatría y sus áreas específicas via MIR Máster en Neurología Infantil por la Universidad de Barcelona / Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona). Secretario de la Sociedad Española de Neurología Pediátrica Centro de trabajo; Facultativo Especialista de Área del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) Responsable de la Unidad de Neurología Infantil. Servicio de Pediatría Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) Oviedo (Principado de Asturias)*

---

El retraso psicomotor y el déficit cognitivo afectan al 1-3% de la población, constituyendo una parte importante de la labor asistencial del Neuropediatra, siendo su tarea el diagnóstico, seguimiento, asesoramiento y tratamiento

de estos pacientes. Muchos de estos niños evolucionarán en edades posteriores hacia un déficit cognitivo. No todas las causas de esta patología son conocidas, alcanzando un diagnóstico en la mitad de los casos. Según mejora

la tecnología diagnóstica, disminuye el porcentaje de casos de origen desconocido. Entre todas las causas conocidas, las de origen genético son con diferencia las más frecuentes, por lo que es imprescindible que el Neuropediatra conozca las técnicas de diagnóstico genético. En los últimos años el desarrollo de estas técnicas ha sido exponencial, contando desde el año 2005 con tecnología capaz de buscar errores genéticos en todo el genoma humano de forma muy fiable y eficiente. Esta tecnología, denominada CGH array, ha revolucionado el estudio de las enfermedades genéticas, multiplicando por 10 el poder diagnóstico de las técnicas previas. En el año 2010 se publicó en el American Journal of Human Genetics un documento de consenso internacional en el

que se estableció que en aquellos pacientes con retraso psicomotor, déficit cognitivo, defectos congénitos múltiples o autismo en los que la causa no se sospechase, el estudio genético recomendado como primera línea de actuación debía ser un CGH array con una resolución menor o igual a 400 Kb, desbancando a las técnicas estándar previas. Se siguen desarrollando nuevas técnicas diagnósticas. Con la tecnología NEXT, es posible ya estudiar todo el genoma humano o grandes partes del mismo con un detalle y a una velocidad impensables hace pocos años. Su elevado coste la sitúa en un segundo nivel, posicionándose el CHG como una primera y poderosa herramienta de cribado.

---

## Ponencia 2

### Complejidad genética en los trastornos del neurodesarrollo y su evaluación práctica

ALBERTO FERNÁNDEZ-JAEN

1. FORMACIÓN ACADÉMICA a. Licenciado en Medicina y Cirugía por la UAM. b. Especialista en Pediatría y Neurología Infantil. H. La Paz. c. Acreditado en Neuropediatría por la SENEP. d. Cursos de Doctorado de Pediatría por la UAM. e. Master en Psicología (Psicobiología y Neurociencia Cognitiva). 2. SITUACIÓN PROFESIONAL ACTUAL a. Jefe del Servicio de Neurología Infantil del Hospital Quirón de Madrid. b. Profesor Asociado. Facultad de Medicina. Universidad Europea de Madrid. c. Director Médico del Centro de Atención a la Diversidad Educativa (CADE) d. Miembro del Comité Científico de FEAADAH (Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad). e. Miembro del Comité de Honor de la Fundación Educación Activa. 3. REVISOR a. Revista de Neurología. b. Anales Españoles de Pediatría. c. The Journal of Child Psychology and Psychiatry. d. Pediatrics e. Drug Design, Development and Therapy. f. Neuropsychiatry Disease and Treatment. g. The Spanish Journal of Psychology.

---

**Resumen:** Las evidencias genéticas de los trastornos del neurodesarrollo (TND) están ampliamente referenciadas en la literatura médica. Los últimos avances en la genética han aumentado la rentabilidad diagnóstica de los estudios actuales de un 3-5% a un 30-40% en los pacientes con discapacidad intelectual o trastornos del espectro autista. Los estudios por microarrays cromosómicos (CMA) muestran un mayor poder diagnóstico que las técnicas convencionales (cariotipo, análisis de subtelómeros...). Los protocolos más recientes en el apartado biomédico del estudio genético de estos trastornos, sitúan a los CMA como análisis de primera línea. En la evaluación de otros TND (trastorno por déficit de atención/hiperactividad -TDAH-, trastornos del aprendizaje...), la realización

de pruebas genéticas está limitada y condicionada a las características clínicas o antecedentes familiares o personales del paciente; incluso en estas situaciones, no existen protocolos de evaluación o derivación genética. Los especialistas en Neurología y Psiquiatría deben manejar la técnica y conocer su interpretación. Una misma genopatía puede manifestarse por distintos TND. La genética de los TND permiten: la tipificación etiológica, evitar exámenes médicos innecesarios, descartar hipótesis alternativas o “peregrinas”, aportar un buen consejo genético familiar, la anticipación pronóstica, el estudio o prevención de la afectación multisistémica e incluso la anticipación terapéutica.

## MESA REDONDA 8

---

### DETECCIÓN PRECOZ EN PSICOSIS: DE LA HERENCIA A LA CLÍNICA

*Moderador*

**INMACULADA BAEZA PERTEGAZ**

*Titulación: Doctora en Medicina, Especialista en Psiquiatría Categoría profesional: Consultor-1 Centro de trabajo: Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil, Hospital Clínic i Universitari de Barcelona Resumen del objetivo de la mesa: El diagnóstico precoz en las fases tempranas de la psicosis se ha convertido en el objetivo de multitud de programas específicos en todo el mundo en los últimos 15 años. Se ha descrito de forma consistente que tanto el diagnóstico precoz como la intervención temprana mejoran el pronóstico de los pacientes. Por tanto, la intervención en estos sujetos de alto riesgo –ya sea con tratamiento psicológico o farmacológico- puede ser esencial para retrasar el inicio de la psicosis o para minimizar las consecuencias de ésta. En esta mesa redonda vamos a abordar la detección precoz de la psicosis de inicio en la infancia y la adolescencia tanto desde el punto de vista del riesgo genético (ser familiar de paciente) como clínico (buscar ayuda y cumplir criterios de riesgo), con ponentes que se dedican a la clínica y la investigación de niños y adolescentes con alto riesgo de psicosis.*

---

**Ponencia 1**

#### **La detección precoz en psicosis de inicio temprano desde la perspectiva del riesgo genético**

**ELENA DE LA SERNA GÓMEZ**

*Titulación: Doctora en neurociencias Categoría profesional: Psicóloga Centro de trabajo: Centro de investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM)*

---

En los últimos años, han sido muchos los estudios que han aportado pruebas de la existencia de una base genética para la esquizofrenia (Gottesman y cols., 1991) situándose la heredabilidad del trastorno entre el 60-80% (Gottesman y cols., 1991; Kendler y cols., 2002; Keshavan y cols., 2005). Teniendo en cuenta estos porcentajes, los familiares de pacientes con esquizofrenia tienen un riesgo significativamente mayor de presentar el trastorno. Este riesgo se eleva a medida que aumenta la proximidad familiar o el número de familiares afectados (Gottesman et al. 2010; McGue et al. 1983; Risch 1990). Buena parte de los estudios de la última década parten de la hipótesis del neurodesarrollo que postula que la esquizofrenia sería el resultado de un neurodesarrollo

anómalo (Weinberger, 1995). Este modelo implica que las anomalías están presentes desde el nacimiento y pueden observarse a lo largo de toda la vida a diferentes niveles entre los que figuran el nivel clínico y cognitivo. El objetivo de esta ponencia es comparar las características clínicas y neuropsicológicas de una muestra de niños y adolescentes hijos de pacientes con esquizofrenia y una muestra de controles comunitarios pertenecientes todos ellos al estudio BASYS. El estudio BASYS es un estudio longitudinal que tiene como objetivos identificar características clínicas, neuropsicológicas, genéticas y de neuroimagen de niños hijos de pacientes con esquizofrenia (HEsq) e hijos de pacientes con trastorno bipolar de edades entre 7 y 17 años. Los resultados que se presentan

se basan en la valoración realizada a una muestra de 41 HEsq y 107 Controles Comunitarios (CC) reclutados a través de los servicios de salud mental de adultos del Hospital Clínico de Barcelona y Hospital Gregorio

Marañón de Madrid. Se presentarán los resultados de la evaluación clínica (mediante la entrevista K-SADS y diversas escalas) y neuropsicológica pertenecientes de la evaluación basal de la muestra.

## Ponencia 2

### **Características clínicas y marcadores de riesgo en niños y adolescentes con síndrome de riesgo de psicosis**

*MONTSERRAT DOLZ ABADIA*

*Titulación: Licenciado en Medicina y Cirugía . Especialista en Psiquiatría Categoría profesional: Especialista Senior Centro de trabajo: Servei de Psiquiatria i Psicologia infanto-juvenil.Hospital Sant Joan de Déu . Barcelona*

El Síndrome de Riesgo de Psicosis (SRP), también denominado “Clinical high risk”o “At-risk mental state” hace referencia a la fase previa a la psicosis, y describe a sujetos que presentan síntomas potencialmente precursores de psicosis. El diagnóstico requiere la presencia de 1 o más de los siguientes síndromes: a) Síntomas psicóticos atenuados, b) Episodio psicótico breve y limitado (BLIP) y c) Síndrome de Riesgo Genético y deterioro en el funcionamiento global. La evolución de los pacientes con síndrome de riesgo de psicosis es un aspecto clave en el estudio de este síndrome, dada la importancia de la identificación precoz de la psicosis para retardar y/o evitar la aparición del trastorno El riesgo de transición a psicosis en muestras de individuos con SRP varía en función de los estudios, con tasas de transición a los 1-3 años del 40 %, que recientemente han disminuido

(16%), existiendo diversas explicaciones para este hecho (intervención realizada, método de evaluación, etc ). La mayoría de estudios de SRP incluyen sujetos mayores de 18 años y son escasos los que incluyen población infanto-juvenil, a pesar de que el umbral para psicosis y que los síntomas atenuados pueden ser diferentes en este grupo poblacional. En esta ponencia presentaremos datos clínicos de un estudio prospectivo longitudinal que se está llevando a cabo en los Servicios de psiquiatría infantil y juvenil del Hospital Clínico y del Hospital del Sant Joan de Déu (Barcelona) en un grupo de pacientes con SRP comparados con un grupo control. Se explicarán tanto datos de la psicopatología que presentan los pacientes vs. los controles como de posibles marcadores tanto clínicos como cognitivos de riesgo

## Ponencia 3

### **Intervención en riesgo de psicosis: ¿se puede prevenir la transición a psicosis?**

*VANESSA SÁNCHEZ GISTAU*

*Titulación: Especialista en Psiquiatria Categoría profesional: Especialista Senior Centro de trabajo: Servicio de Psiquiatria y Psicologia infanto-juvenil, Hospital Clínic i Universitari de Barcelona*

Las intervenciones preventivas selectivas en salud pública están dirigidas a aquellos grupos de individuos que tienen mayor riesgo de desarrollar un trastorno pero que todavía no tienen los signos y síntomas de ese trastorno. El riesgo genético, es el factor de riesgo más

robusto para el desarrollo de psicosis, alcanzando un 10 a 15%. Los niños de alto riesgo genético presentan mayores alteraciones cognitivas y mayores tasas de psicopatología en la infancia que los controles (de la Serna et al, 2010), la dificultad en cuanto a intervenciones específicas

radica en la inespecificidad de estos síntomas por lo que se recomienda una detección precoz de los síntomas , tratamiento de las manifestaciones psicopatológicas , prevención de factores de riesgo añadidos y seguimiento dentro del ámbito de la salud mental, sobre todo al llegar a la edad de mayor riesgo para la aparición de síntomas psicóticos. Otro tipo de prevención sería la secundaria, dirigida a sujetos que tienen las primeras manifestaciones menores de psicosis pero que todavía no han desarrollado el cuadro clínico completo. Serían los sujetos de “ alto riesgo clínico” ( o pródromos de psicosis ) cuyo riesgo de desarrollar un primer episodio psicótico en 12 meses oscila entre 30-50% según estudios (Fusar-Poli et al,

2013). En los últimas dos décadas numerosos grupos de intervención precoz alrededor del mundo han mostrado que la detección y tratamiento precoz de estos síntomas disminuye la transición a psicosis. Las estrategias de intervención consisten en terapia cognitiva conductual sola o en combinación con dosis bajas de antipsicóticos o antidepresivos. En esta ponencia revisaremos la evidencia actual sobre las intervenciones terapéuticas en las fases prodrómicas de psicosis, así como el papel de componentes dietéticos como los ácidos grasos y nuevas formulaciones que potencialmente pueden ser de utilidad en un futuro como los antioxidantes.

---

## MESA REDONDA 9

---

### ENTRE LA EDUCACIÓN Y LA PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL: USOS PREVENTIVOS Y TERAPÉUTICOS DEL AJEDREZ

*Moderador*

**HILARIO BLASCO FONTECILLA**

*Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda, Madrid Médico Psiquiatra Infanto-Juvenil del CSM de Collado Villalba Responsable del Proyecto “Jaque Mate al TDAH” y autor de más de 50 publicaciones indexadas en el PUBMED clínico (buscar ayuda y cumplir criterios de riesgo), con ponentes que se dedican a la clínica y la investigación de niños y adolescentes con alto riesgo de psicosis.*

---

Ponencia 1

#### **Beneficios del ajedrez para el desarrollo intelectual y socio-afectivo de los niños**

**LORENA GARCÍA AFONSO**

*Filiación (Psicóloga, Facultad de Psicología. Campus de Guajara. Universidad de La Laguna 38071, La Laguna, Tenerife*

---

**Introducción:** el ajedrez podría mejorar las habilidades sociales en la población infanto-juvenil. **Objetivo:** Demostrar los beneficios de la práctica regular de ajedrez en la población infanto-juvenil. **Método:** Se trabaja sobre un diseño cuasi-experimental, donde la variable independiente es la actividad extraescolar de ajedrez (N = 170) versus las actividades extraescolares de fútbol o baloncesto (N = 60), y la variable dependiente la competencia cognitiva y socio-afectiva evaluada

mediante pruebas de rendimiento (WISC-R), auto-evaluación (TAMAI) y heteroevaluación (criterio del profesorado-tutor), aplicadas al iniciar y al finalizar el curso académico. **Conclusiones:** el ajedrez mejora las capacidades cognitivas, moldea la capacidad de afrontamiento y resolución de problemas e, influye en el desarrollo socio-personal de los niños y adolescentes que lo practican regularmente (Aciego et al., 2012).

---

Ponencia 2

**El ajedrez como herramienta contra la exclusión social en la infancia y la adolescencia**

JUAN ANTONIO MONTERO ALEU

*Psicólogo, Presidente del Club de Ajedrez Magic, Extremadura*

---

**Introducción:** El Club de Ajedrez Magic es un referente Europeo y Mundial en el llamado “Ajedrez Social”, que consiste en el uso del ajedrez como herramienta de integración de diferentes poblaciones, muchas de ellas con problemas de salud mental como las drogodependencias. Objetivo: Su presentación estará dirigida a mostrar algunos programas de ajedrez social que llevan desarrollando en los últimos años y que incluyen el programa “practica-mente”, dirigido a niños

y adolescentes con TDAH, y el programa “Valora tu juego, educa tus movimientos”, de educación en valores para jóvenes. Resultados y conclusiones: usando una metodología narrativa mostraran unos resultados que sugieren que el ajedrez es una herramienta especialmente poderosa a la hora de mejorar la integración social y mejora del comportamiento de niños con alteraciones del comportamiento y/o TDAH.

---

Ponencia 3

**Proyecto de Ajedrez Educativo de Cantabria (PAEC)**

ELENA CÁMARA

*Inspectora de Educación de Cantabria*

---

**Introducción:** cada vez hay más evidencia de las virtudes académicas de los niños y adolescentes que practican regularmente Ajedrez. Objetivo: presentar los datos del proyecto, aún en marcha, del PAEC. Métodos: 31 centros académicos e Cantabria se presentaron voluntariamente (12 Colegios Públicos, 12 Institutos de Educación Secundaria y 7 Centros concertados). El número de alumnos implicados en el proyecto son 1763 (colegios públicos: 872; Institutos=369; centros concertados=522). El proyecto se extiende en todos los cursos y niveles educativos, desde Educación Infantil, 1º de Educación Primaria hasta 4º de ESO, e incluso hay un sub-proyecto en un centro de Educación Especial. Resultados: Aunque hasta el fin del año lectivo no se tendrán los resultados definitivos, las sensaciones que transmiten los coordinadores de los proyectos son

alentadoras, ya que el profesorado está muy satisfecho e ilusionado, el alumnado ha acogido, en general, con gusto e interés las clases de Ajedrez, no ha habido ningún inconveniente ni por parte de las familias, la organización de los centros no se ha visto alterada, en varios centros se ha “contagiado” a otros profesores el interés por integrar el Ajedrez en otras materias (interdisciplinaridad), el alumnado de Educación Infantil (5 años) está motivado y adquiriendo contenidos que incluso sorprende a los profesores, y mejorías en niños que sospechan que podría derivar en tener TDAH. Conclusiones: el Ajedrez puede ser un excelente vehículo para la prevención de comportamientos disruptivos de niños con y sin TDAH de todas las edades en el medio escolar y/o como vehículo socializador ,mejora de relaciones entre iguales y intergeneracionales.

## MESA REDONDA 10

---

### **ATENCIÓN A LOS MENORES EN UN CONTEXTO HOSPITALARIO: Desde el abordaje Perinatal a la regulación emocional en adolescentes**

*Moderador*

**LUIS BEATO FERNÁNDEZ**

*Psiquiatra. Doctor en Medicina. Profesor asociado de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Castilla La Mancha Jefe de Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil. Hospital General Universitario de Ciudad Real.*

---

Ponencia 1

#### **La prevención desde un programa de psiquiatría perinatal**

**PILAR BAOS SENDARRUBIAS**

*Psiquiatra. Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil. Hospital General Universitario de Ciudad Real.*

---

La Psiquiatría Perinatal es un área de conocimiento desarrollada en la última década, orientada a la detección y tratamiento precoz de la psicopatología materna en torno a la gestación, parto y puerperio, así como a su efecto en el recién nacido y en la interacción vincular. Hasta hace pocos años, la maternidad ha sido considerada una etapa de bienestar psíquico para las mujeres. Sin embargo, recientes investigaciones demuestran que el embarazo no es protector de la salud psíquica. Un 20% de las mujeres embarazadas presentan algún tipo de patología psíquica, siendo la más frecuente la relacionada con los trastornos de ansiedad y los depresivos. Las complejas situaciones médicas, que surgen a menudo precisan de un espacio de contención psíquica donde poder elaborar el acontecer

psíquico o las vivencias de las mujeres gestantes y sus familias, para que éstas, a su vez, puedan comenzar la vinculación con el recién nacido de forma saludable. Presentamos los resultados previos de la puesta en marcha del programa de Psiquiatría Perinatal desarrollado en nuestra unidad, en colaboración con el Servicio de Obstetricia, la Sección de Neonatología de nuestro hospital y de forma coordinada con los fisioterapeutas y el programa de atención temprana comunitario, para la detección y prevención de patología psiquiátrica en la mujer embarazada así como la influencia de la misma en el desarrollo del hijo recién nacido y hasta los tres años de edad.

---

Ponencia 2

**Más allá del tratamiento de los síntomas: Intervenciones en la regulación emocional de menores hospitalizados**

MARGARITA PASCUAL LÓPEZ

*Psiquiatra. Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil. Hospital General Universitario de Ciudad Real.*

---

La disregulación emocional es un factor transdiagnóstico que encontramos en numerosas patologías mentales, como la depresión, el trastorno límite de personalidad o el trastorno de estrés postraumático. El concepto de regulación emocional incluye la capacidad para adecuar nuestras emociones a las circunstancias, ser capaces de sentir estas emociones sin que impidan tomar decisiones racionales correctas o la capacidad de influir en las emociones de los demás. Durante la hospitalización la situación de descompensación psicopatológica puede aumentar estas dificultades interfiriendo en la respuesta al tratamiento, en la instauración de las pautas hospitalarias, o en las interacciones personales ya que las emociones de unos pacientes pueden influir en las de otros. Así mismo determinadas emociones o su inadecuación a las circunstancias pueden influir en la evolución de su patología mental, de ahí la importancia de intervenir en la regulación emocional de los menores

hospitalizados. Presentamos un programa que sistematiza las intervenciones que se pueden realizar en ese área desde un equipo multidisciplinar en una Unidad de Hospitalización de Salud Mental Infanto-Juvenil, ya que instaurar un ambiente terapéutico en el que se identifican las emociones disfuncionales y se posibilitan formas de afrontamiento más adecuadas favorece la evolución del paciente durante el ingreso y tras el alta hospitalaria. Partiendo del modelo de regulación emocional de Gross y de una aproximación dimensional a dicho concepto, planteamos las distintas intervenciones que se pueden realizar, desde la identificación a la modificación de: eventos desencadenantes, interpretaciones cognitivas distorsionadas, la propia regulación emocional, la expresión de las emociones o las acciones consiguientes. Estas intervenciones serán diferentes según el paciente, su patología y sus circunstancias concretas.

---

Ponencia 3

**¿Intervención o prevención?, actuaciones multidisciplinares en la funcionalidad de menores hospitalizados.**

GERMÁN BELDA MORENO

*Psiquiatra. Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil. Hospital General Universitario de Ciudad Real.*

---

Dentro del Plan de Tratamiento Individualizado de la Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil del Hospital General Universitario de Ciudad Real, el Programa de Autocuidados y Autonomía recoge los aspectos ocupacionales del menor con enfermedad mental ingresado en la unidad. Tales aspectos, encuadrados dentro de una valoración multidisciplinar, van encaminados a la valoración de 4 áreas: 1. Ocupación (actividades de la

vida diaria, actividades instrumentales, descanso y sueño, educación, juego, tiempo libre y participación social), 2. Destrezas y habilidades de ejecución (motoras, de procesamiento y de interacción social y comunicación), 3. Patrones de ejecución (hábitos, rutinas y roles) 4. Evaluación del contexto y el entorno. La importancia de esta valoración viene dada por la frecuente afectación de áreas funcionales en la enfermedad mental grave, que

puede ocasionar una dificultad añadida para la autonomía del paciente y que, enfocadas al funcionamiento del menor en la unidad y en la prevención de dificultades

al alta, forma parte de la valoración integral del menor ingresado con enfermedad mental.

---

## MESA REDONDA 11

---

### PANORAMA ACTUAL EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA INGESTION DE ALIMENTOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

*Moderador*

**LUIS BEATO FERNÁNDEZ**

*Psiquiatra. Doctor en Medicina. Profesor asociado de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Castilla La Mancha Jefe de Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil. Hospital General Universitario de Ciudad Real.*

---

Ponencia 1

#### **Nuevos criterios diagnósticos en tca y de la ingestión de alimentos**

**BERNARDO SÁNCHEZ FERNÁNDEZ**

*MD. Psiquiatra del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Universitario Infantil Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat-Barcelona*

---

NUEVOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA INGESTION DE ALIMENTOS En la más reciente edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) aparecen algunos cambios significativos en el diagnóstico de diversos trastornos alimentarios. Uno de los cambios más notables es que el Trastorno por Atracón (TA) es reconocido por primera vez como un diagnóstico independiente. Además, se ha eliminado la categoría correspondiente al trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE) y aparecen dos nuevas categorías: “Otros trastornos alimentarios especificados” y “Otros trastornos alimentarios no especificados. Estas nuevas categorías

están destinadas a identificar y categorizar de forma más precisa las condiciones que no encajan en los diagnósticos de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón o el resto de trastornos alimentarios. Otro cambio importante es la inclusión de algunos tipos de trastornos que anteriormente aparecían en otros capítulos del DSM y ahora aparecen junto a los trastornos alimentarios. Y por último, la desaparición de la amenorrea como criterio diagnóstico y la inclusión de la pica, rumiación y el trastorno / restrictivo ingesta de alimentos. En el presente trabajo se abordan estos y otros cambios y sus implicaciones en el diagnóstico y tratamiento con estas patologías

---

Ponencia 2

**Cognición social en TCA y de la ingestión de alimentos**

ANTONI GRAU

*Psicólogo, Jefe de la Unidad de Conocimiento e Investigación del Instituto de Trastornos Alimentarios ITA Barcelona.*

---

COGNICIÓN SOCIAL EN TCA. ANTONI GRAU. Jefe Conocimiento e Investigación ITA En los últimos años numerosas investigaciones en el terreno de los Trastornos de la Conducta Alimentaria han puesto su foco de interés en el nivel de funcionamiento de estos trastornos en competencias relacionadas con la Cognición Social. La Cognición Social ha sido definida como “La habilidad para construir representaciones sobre los estados mentales propios y del otro, junto con el uso flexible de estas representaciones para guiar la conducta”. Un estudio previo de nuestro grupo de investigación demostró la existencia de importantes déficits en esta área. Estos déficits pueden estar en la base de ciertos trastornos de inicio en la adolescencia, al ser en esta etapa del ciclo vital, el primer momento del desarrollo

en que las relaciones con el grupo de iguales toman un papel protagonista. Fruto de de estos hallazgos, hemos desarrollado una estrategia de intervención destinada a la potenciación de las habilidades perceptivas, cognitivas y emocionales pertenecientes al terreno de la cognición social. Estas estrategias están inspiradas en terapias que han demostrado eficacia en otros trastornos como son el Training of affect recognition (TAR) o el entrenamiento en Cognición social e interacción (SCIT) ambas procedentes del espectro de los trastornos psicóticos. Durante la mesa se expondrán los principales resultados obtenidos en nuestra investigación sobre cognición social en TCA, junto con los objetivos de intervención y estrategias empleadas en nuestro programa.

---

Ponencia 3

**Retos psicofarmacológicos en TCA y de la ingestión de alimentos**

JOSÉ ALEXANDER VARGAS CASTRO

*MD-Psiquiatra Unidad Infanto-Juvenil Instituto de Trastornos Alimentarios-ITA Barcelona*

---

PSICOFARMACOLOGÍA EN TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES Actualmente podemos evidenciar un nuevo reto en el área de la Salud mental Infanto-Juvenil, la dimensionalidad y amplia comorbilidad de los TCA. Cifras previas, descritas por la literatura clínica española, mencionaban la prevalencia de la AN 0,3%, BN 0,8% y el TCA-N/E 3,1% Pérez-Gaspar et al.2000, en poblaciones de casi 500.00 adolescentes, son día a día superiores. Una estudio con 1.076 niñas de 13 años de edad en Navarra, que nos demostraba una incidencia de TCA de 4,8%

correspondiendo a: AN 0,3%, BN 0,3% y TCA N/E 4,2%. Lahortiga-Ramos F., et al. Eur.J.Psych.2005, a la fecha podrían reportarnos cifras bastante superiores. La evidencia clínica nos da una nueva realidad, los trastornos de conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos son un reto clínico interdisciplinario; compartiendo mismas interpretaciones biológicas patognomónicas con otro tipo de trastornos tanto externalizantes como internalizantes, observables en la nueva edición del manual estadístico diagnóstico, en referencia a los trastornos de atracón, pica, rumiación y trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos. Igualmente, su abordaje

psicofarmacológico no es de fácil elección. Factores epigenéticos podrían demostrar la pluralidad en la respuestas a obtener con la farmacoterapia, experiencia que se ha obtenido de la respuesta en adultos T.Jaffa et al 2007; sin olvidar alteraciones farmacodinámicas y farmacocinéticas propias de alteraciones metabólicas presentes B.McDermonn et al 2007. Los antidepresivos ISRS y antipsicóticos atípicos, se encuentran en los ensayos

clínicos más estudiados al respecto; anticonvulsivantes y eutimizantes en menor grado. La identificación de la irritabilidad e impulsividad comórbidas, la inatención, lento procesar cognitivo y dificultades en el aprendizaje, llaman a psicoestimulantes y fármacos de tratamiento en TDAH en co-terapia. El clínico enfrenta un verdadero desafío en el tratamiento de Trastornos Alimentarios y de la ingestión de alimentos en niños y adolescentes.

---

## MESA REDONDA 12

---

### NUEVAS TECNOLOGÍAS EN PSIQUIATRÍA INFANTIL: PARTIDARIOS Y DETRACTORES

*Moderador*

XAVIER GASTAMINZA

---

#### Ponencia 1

#### **Aplicaciones de las nuevas tecnologías en psiquiatría infantil**

KAZUHIRO TAJIMA POZA

*FEA Hospital Universitario Fundación Alcorcon Prof Honorífico Universidad Rey Juan Carlos.*

---

Las nuevas tecnologías son fuente de retos y oportunidades de cara a la docencia, psicoeducación y

rehabilitación cognitiva. Se presenta una revisión sobre el tema y aplicaciones desarrolladas por nuestro equipo

---

#### Ponencia 2

#### **Adición a nuevas tecnologías**

FRANCISCO MONTAÑES RADA

*Responsable de Psiquiatría de CSM Alcorcon y Hospital Universitario Fundación Alcorcon. Profesor Psiquiatría de la Universidad Rey Juan Carlos. Profesor Psicobiología Universidad Complutense de Madrid.*

---

Tras una comparativa del desarrollo y diferencias de las nuevas tecnologías versus las antiguas y de las consecuencias derivadas, se presenta un resumen de

la bibliografía sobre adición a nuevas tecnologías y en especial referencia al TDAH.

---

Ponencia 3

**Adicción sin sustancias en psiquiatría**

JOSE CARLOS PELAEZ

FEA PSIQUIATRIA Hospital Universitario Fundación Alcorcón Prof Honorífico Universidad Rey Juan Carlos.

---

Como introducción al debate en forma de tesis/  
antítesis:síntesis que se propone para a mesa se revisará

el concepto de adicción sin sustancias, los enfoques de  
diagnóstico y tratamiento de forma crítica.

---

## MESA REDONDA 13

---

### PSIQUIATRÍA LEGAL INFANTOJUVENIL

Moderador

MONTSERRAT PÀMIAS

Jefe de servicio de Psiquiatría Infantil. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell

---

Ponencia 1

**Evaluación de la guarda y custodia**

Dra. RAISA AGUSTÍN

Psiquiatra. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.

---

Para lograr determinar cuál es el interés superior del  
niño con respecto a la modalidad de guarda y custodia,  
es necesario realizar una valoración sistemática que  
permita recabar toda la información necesaria, de cara a

proporcionar indicaciones competentes e imparciales en  
relación directa con el interés psicológico del niño. Se  
tratan aquí los pasos sistematizados y las recomendaciones  
a seguir en este tipo de evaluación.

Ponencia 2

**Evaluación de maltrato físico infantil**

*Dr. JOSÉ ANTONIO GÓMEZ SÁNCHEZ*

*Psiquiatra. CSMIJ de Lorca. Murcia.*

---

El Maltrato infantil genera importantes consecuencias negativas sobre el desarrollo del niño, tanto a corto como a medio y largo plazo y supone una marcada influencia en la génesis y evolución de diversos trastornos mentales de la infancia (de adaptación, de conducta, afectivos, escolares, somatomorfos, etc). En esta presentación, se pretende hacer una valoración sobre los aspecto médico- legales que marcan la situación actual de los menores

que acuden a declarar por este motivo a diferentes organismos (judiciales, clínicos, sociales, policiales) así como analizar los recursos disponibles que tienen a su alcance. Por último se valorará la necesidad de realizar una correcta valoración de la situación, a través de las diversas peritaciones ( médicas, psicológicas y sociales) y se justificará la necesidad de crear diversos equipos multidisciplinarios para atender a esta demanda.

---

Ponencia 3

**Evaluación de abuso sexual a menores**

*M. DOLORS PETITBÒ*

*Cap de Secció de Psicologia. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona*

---

Los abusos sexuales a menores de 18 años tienen una elevada prevalencia y generan síntomas que a veces no son relacionados con el abuso. Detectar la situación abusiva, autoprotegerse y pedir ayuda son elementos necesarios para evitar la revictimización del menor, pero a menudo los vínculos afectivos con el abusador, la vergüenza o la falta de confianza en las personas del entorno, interfieren la revelación. Para incrementar la detección de los abusos sexuales en el ámbito de la Salud Mental es necesario sistematizar la recogida de estos datos en la anamnesis,

desarrollar habilidades para facilitar la comunicación del menor y disponer de protocolos de actuación integrados con los recursos existentes para asegurar la protección y cumplir el criterio de intervención mínima. Se expondrá el protocolo de actuación de la Unidad Funcional de atención a los Abusos sexuales a Menores (UFAM) del H. Sant Joan de Déu de Barcelona y su articulación con los profesionales de la red asistencial para la atención integral e integrada de los menores víctimas de abuso sexual y sus familias.

---

## MESA REDONDA 14

---

### PSICOSIS Y AUTISMO DE ETIOLOGÍA CONOCIDA Y NO CONOCIDA

*Moderador*

**CARMEN MORENO**

*Psiquiatra adjunta. Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. CIBERSAM, Madrid. Doctora en Psiquiatría y Profesora Asociada en la Universidad Complutense de Madrid.*

---

Ponencia 1

#### **Diagnóstico etiológico de los trastornos del espectro autista**

**MARA PARELLADA**

*Psiquiatra adjunta. Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. CIBERSAM, Madrid. Doctora en Psiquiatría y Profesora Asociada en la Universidad Complutense de Madrid.*

---

El diagnóstico etiológico de los Trastornos del Espectro Autista (TEA) ha mejorado mucho en los últimos años, llegándose a detectar CNV patológicos en más de un 20 % de los pacientes con autismo y retraso mental significativo. La creciente identificación de los genes implicados en las regiones cromosómicas afectadas nos está permitiendo conocer algunas vías fisiopatológicas comunes. Además, está cuestionando los protocolos existentes de despistaje orgánico de los TEA. Muchos de los genes implicados tienen que ver con mecanismos sinápticos, con procesos

de migración, crecimiento o diferenciación neuronal, con mecanismos de neurotransmisión excitatoria o inhibitoria, con los canales iónicos de las membranas o con proteínas de la estructura o regulación celular. En esta ponencia se presentarán las aportaciones del diagnóstico genético al campo del autismo, y se ejemplificarán estas aportaciones con la presentación de 3 casos de delección del 22q13 o síndrome de Phelan Mc Dermid, cuya posible fisiopatología se relaciona con la alteración de los genes SHANK.

---

Ponencia 2

#### **Detección de $\beta$ -7-casomorfina en orina de pacientes con autismo y patología digestiva funcional**

**PRADO AYALA**

*Departamento de Psiquiatría UCM (doctoranda).*

---

La hipótesis digestivo-inflamatoria del autismo establece que, al menos en un subgrupo de pacientes con autismo, hay un estado proinflamatorio sistémico que

afecta entre otros al sistema digestivo y al sistema nervioso central. A nivel digestivo, se produciría un aumento de la permeabilidad intestinal que podría producir la entrada

64

de excesivos péptidos opioides derivados de la dieta que potencialmente, en determinadas fases tempranas del desarrollo, podrían tener un efecto deletéreo en el SNC en desarrollo. El estado proinflamatorio sistémico (evidenciado en forma de aumento de citoquinas proinflamatorias plasmáticas, con ausencia de los mecanismos adecuados de compensación entre otros) a nivel cerebral produciría también alteraciones en los procesos de maduración. Presentamos un estudio donde se han reclutado 53 sujetos, 27 con autismo y patología digestiva funcional y 26 controles sanos. Se han aplicado técnicas de cromatografía acopladas a técnicas de espectrometría (MALDI TOF-TOF) e identificación

de péptidos por secuenciación (Mascot y Swissprot) para identificar presencia de  $\beta$ -7-casomorfina (un péptido opioide derivado de la leche) en orina. Hemos detectado una mayor presencia de  $\beta$ -7-casomorfina en orina de pacientes con autismo y alteraciones digestivas funcionales respecto a los controles ( $u=5,92$ ;  $p=0,04$ ). Las alteraciones digestivas más frecuentemente presentes en estos niños eran estreñimiento, aerofagia, colon irritable y dolor abdominal. La presencia de  $\beta$ -7-casomorfina en orina de un subgrupo de pacientes con autismo y alteraciones digestivas funcionales podría ser un biomarcador de inflamación en esta subpoblación.

---

### Ponencia 3

#### Las psicosis de inicio temprano de etiología conocida

DAVID FRAGUAS

*Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. CIBERSAM, Madrid.*

---

Los casos de psicosis de etiología conocida no consisten en cuadros de comorbilidad (en el sentido de coincidencia de dos entidades nosológicas), sino de confluencia sintomática en un síndrome complejo ocasionado por una alteración del neurodesarrollo en un sentido amplio, incluyendo disfunciones de la plasticidad y de conectividad en edades críticas. En los últimos años se empiezan a identificar etiologías concretas de los cuadros psicóticos, como las CNV 15q o los anticuerpos anti receptor NMDA. La identificación de causas concretas de cuadros psiquiátricos ha causado en ocasiones, como

en el caso del síndrome de Rett, su exclusión de las clasificaciones de las enfermedades mentales. En esta ponencia se planteará, a través de ejemplos clínicos, que conocer una etiología no resta valor a la clínica, y que, por tanto, no por conocer la causa la expresión clínica de la misma deja de ser psicosis o trastorno del neurodesarrollo con expresión sintomática mixta. Es nuestra idea que conocer la etiología no debe suponer la exclusión del cuadro (y, lo que es peor, del paciente) del marco de asistencia de la salud mental.

---

## MESA REDONDA 15

---

### ACTUALIZACIONES EN EL TDAH: Últimos trabajos del GEITDAH

*Moderador*

XAVIER GASTAMINZA PEREZ

*Filiación: Médico especialista en Psiquiatría. Experto en Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia. Facultativo especialista. Paidopsiquiatría Psicosomática. Unidad de Paidopsiquiatría. Área Materno-Infantil. S. Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. Universidad Autónoma de Barcelona. Consultor de Centro MEDIGRUP. Miembro titular de la AEPNYA.*

---

Ponencia 1

#### **Otros abordajes terapéuticos biológicos del TDAH no farmacológicos: Alimentación, complementos alimentarios y otros. Revisión consensuada del GEITDAH.**

PEDRO M RUIZ LAZARÓ

*Médico especialista en psiquiatría. Experto en Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia. Doctor en Medicina. Profesor asociado de Psiquiatría de la Universidad de Zaragoza. Jefe de Sección Psiquiatría del niño y del adolescente del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Miembro titular de la AEPNYA*

---

Mucho se ha hablado de los otros tratamientos biológicos no farmacológicos en el TDAH algunos en base a consideraciones etiológicas (aditivos, azúcares...), otras en base a deficiencias alimentarias (Hierro, Zinc...) y otras en base a las supuestas bondades de algunos pro-

ductos naturales o derivados que se han vinculado con el TDAH como es el caso de los omega 3... En esta exposición se presenta la revisión realizada y discutida por los miembros del grupo y así este nuevo Consenso del GEITDAH.

---

Ponencia 2

#### **EL TDAH EN PREESCOLARES: existe realmente? Cómo abordarlo mejor.**

MANUELA JOY CHAO

*Filiación: Médico especialista en Psiquiatría: Experto en Psiquiatría infantil. Facultativo especialista de área del Servicio Canario de la Salud. Doctor en Medicina. Miembro titular de la AEPNYA*

---

**COPONENTE:** Oscar herreros Rodríguez Los niños preescolares también consultan por hiperquinesia o por sospecha de TDAH planteando diversos problemas: diagnósticos (especialmente en función del vector evolutivo) y especialmente terapéuticos; como abordarlos.

Esperar, intervenir? Como? En esta exposición, dos miembros del GEITDH, presenta la revisión realizada y discutida y así finalmente consensuada por el grupo de expertos.

Ponencia 3

**Nuevas estrategias con el metilfenidato: (8 horas vs 13 horas o 16 horas de cobertura):  
Primeros resultados**

FRANCISCO MONTAÑES RADA

*Médico especialista en Psiquiatría. Experto en Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia. Doctor en medicina. Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. Profesor de Psicobiología de la Universidad Complutense.*

---

Si bien la primera línea de tratamiento farmacológico actualmente es el Metilfenidato, su corta vida media ha planteado problemas por la necesaria triple administración al día para obtener un buen resultado terapéutico y por ello se han generado presentaciones que con una toma

facilitan una cobertura de 8 o de 12 horas. De forma inicialmente casual, luego intencional, se han aplicado coberturas de 13 horas o de 16 horas que han resultado también útiles siendo el objeto de esa exposición.

---

## MESA REDONDA 16

---

### DEBATE SOBRE NUEVAS TECNOLOGÍAS: PARTIDARIOS Y DETRACTORES

Moderador

JUAN J ORTIZ GUERRA

*Médico especialista en Psiquiatría. Experto en Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia. Master en Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Facultativo especialista del Servicio de Psiquiatría de Niños y Adolescentes, Hospital Sant Joan de Déu Esplugues de Llobregat, Barcelona.*

---

Ponencia 1

**Adicciones sin sustancia adictiva**

JOSE CARLOS PELÁEZ

*Médico especialista en psiquiatría. Experto en Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia. Facultativo especialista del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Fundación Alcorcón.*

---

Se planean las adicciones sin sustancia química adictiva, con especial hincapié en las etapas evolutivas

de la infancia y la adolescencia, base del joven y adulto maduro.

---

Ponencia 2

**Adicción a las nuevas tecnologías**

FRANCISCO MONTAÑÉS RADA

*Médico especialista en Psiquiatría: Experto en Psiquiatra infantil. Doctor en Medicina. Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Profesor de Psicobiología de la Universidad Complutense de Madrid.*

---

Desde la nomofobia (fobia a salir de casa sin el móvil; término derivado del inglés: ingles: “no-mobile-phone phobia”), la disociabilidad y el aislamiento, hasta el fra-

caso escolar son, por algunos, atribuidos a la existencia de base de una adicción a las nuevas tecnología lo que será el objeto de esta exposición.

---

Ponencia 3

**Nuevas tecnologías: Retos y oportunidades**

KAZUHIRO TAJIMA POZA

*Médico especialista en Psiquiatría. Experto en Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia. Facultativo especialista del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.*

---

Otra visión, que es el objeto de esta exposición, considera que las nuevas tecnologías constituyen una herramienta que aporta nuevos retos y oportunidades

especialmente positivas para el mejor desarrollo de nuestros niños y adolescentes.

---

## MESA REDONDA 17

---

### **IRRITABILIDAD, DISREGULACIÓN EMOCIONAL DISRUPTIVA Y TRASTORNO BIPOLAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: DIFERENTES DENOMINACIONES, MISMOS TRATAMIENTOS**

Moderador

DR CÉSAR SOUTULLO ESPERÓN.

*Psiquiatra de niños y adolescentes. Unidad de Psiquiatría Infantil Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica Universidad de Navarra.*

---

**Resumen:** El trastorno bipolar es una enfermedad crónica cuyos síntomas se suelen iniciar en la adolescencia o al inicio de la edad adulta. Su reconocimiento es

variable, y existe una controversia considerable acerca de su epidemiología y características clínicas. En niños y adolescentes el trastorno bipolar presenta algunas

diferencias con respecto a adultos, las principales son: curso más crónico y menos episódico, mayor presencia de irritabilidad frente a euforia, y mayor frecuencia de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos. Existen diferencias notables en las cifras de prevalencia de trastorno bipolar en menores de 18 años en los diferentes países. Los principales factores relacionados con estas diferencias son: las características clínicas que dificultan su diagnóstico, la metodología empleada en la evaluación del paciente, y la ausencia de formación específica en psiquiatría infantil en algunos países, como España. En el recientemente publicado DSM-5 se ha añadido una nueva categoría diagnóstica: “Trastorno de Disregulación Disruptiva del Humor”, que tiene

solapamiento sintomático con el TND y con los trastornos del humor. En este symposium sobre trastorno bipolar e irritabilidad se presentará una comunicación que muestra los resultados de un estudio longitudinal de una muestra procedente de la Clínica Universidad de Navarra, con más de 10 años de evolución. Posteriormente, se revisarán los criterios diagnósticos de trastorno bipolar y Trastorno de Disregulación Disruptiva del Humor y se analizarán los factores que influyen en las diferencias epidemiológicas internacionales. Por último, se expondrán las diferentes medidas terapéuticas tanto farmacológicas como no farmacológicas efectivas en el tratamiento del trastorno bipolar y de la disregulación emocional.

---

Ponencia 1

**Características fenomenológicas y estabilidad diagnóstica de una muestra de niños y adolescentes con trastorno bipolar: resultados de un estudio longitudinal**

*DRA AZUCENA DíEZ SUÁREZ*

*Psiquiatra e niños y adolescentes, y Pediatra. Unidad de Psiquiatría Infantil Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica Universidad de Navarra.*

Ponencia 2

**Trastorno bipolar: cambios en el DSM-5 y análisis de las diferencias en la prevalencia en diferentes países**

*DR JOSE ÁNGEL ALDA DÍAZ.*

*Psiquiatra de Niños y Adolescentes. Hospital San Joan de Deu. Barcelona*

Ponencia 3

**Trastorno bipolar y disregulación emocional en niños y adolescentes: similitudes y diferencias en el tratamiento**

*DRA. ANA FIGUEROA QUINTANA.*

*Psiquiatra de niños y adolescentes. Hospital Perpetuo Socorro. Las Palmas de Gran Canaria.*

---

## COMUNICACIONES ORALES

### RESPONDER ANALYSES FROM A HEAD-TO-HEAD STUDY OF LISDEXAMFETAMINE DIMESYLATE AND ATOMOXETINE IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER

*Esther Cardo*

*Neuropediatra, Profesor de la Universidad Islas Baleares, Miembro del grupo de investigación Desarrollo y Psicopatología del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud*

**Introduction:** Lisdexamfetamine dimesylate (LDX) is a prodrug stimulant for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD).<sup>1,2</sup>

**Objective:** To compare treatment response rates in a head-to-head study of LDX and atomoxetine (ATX).

**Patients and methods:** This 9-week, double-blind study enrolled patients (6–17 years) with ADHD and an inadequate response to methylphenidate therapy.<sup>3</sup> Patients were randomized (1:1) to dose-optimized LDX (30, 50 or 70mg/day) or ATX (patients <70kg, 0.5–1.2mg/kg/day with total dose ≤1.4mg/kg/day; patients ≥70kg, 40, 80 or 100mg/day). Sustained responders were predefined as patients with a Clinical Global Impressions–Improvement (CGI-I) score of 1 or 2, or ≥25%, ≥30% or ≥50% reductions from baseline in ADHD rating scale IV (ADHD-RS-IV) total score, throughout weeks 4–9. Results Of 267 randomized patients, 262 comprised the full analysis set and 200 completed the study. The percentage of CGI-I sustained responders (95% confidence interval [CI]) was significantly ( $p<0.05$ ) greater for LDX (52.0% [43.3, 60.7]) than for ATX (39.3% [31.0, 47.5]). The percentage of ADHD-RS-IV sustained responders (95% CI) were also significantly greater for LDX than for ATX (≥25% reduction: LDX, 66.1% [57.9, 74.4], ATX, 51.1% [42.7, 59.5],  $p<0.05$ ; ≥30% reduction: LDX, 61.4% [53.0, 69.9], ATX, 47.4%

[39.0, 55.8],  $p<0.05$ ; ≥50% reduction: LDX, 41.7% [33.2, 50.3], ATX, 23.7% [16.5, 30.9],  $p<0.01$ ).

**Conclusion:** In children and adolescents with ADHD and an inadequate response to methylphenidate, a significantly greater proportion of patients treated with LDX than ATX maintained improvements in investigator-rated core symptoms and clinical global impressions throughout weeks 4–9. Supported by funding from Shire.

#### References:

1. Pennick M *Neuropsychiatr Dis Treat* 2010;6:317–327.
2. Steer C et al. *CNS Drugs* 2012;26:691–705.
3. Dittmann RW et al. *CNS Drugs* 2013;27:1081–92.

### EFFICACY OF LISDEXAMFETAMINE DIMESYLATE AND ATOMOXETINE IN CHILD AND ADOLESCENT SUBGROUPS FROM A HEAD-TO-HEAD, DOUBLE-BLIND, RANDOMIZED TRIAL IN PATIENTS WITH ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER

*Esther Cardo*

*Neuropediatra, Profesor de la Universidad Islas Baleares, Miembro del grupo de investigación Desarrollo y Psicopatología del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud*

**Introduction:** Symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) appear in childhood and may persist into adolescence and beyond.

**Objective** To evaluate the efficacy of lisdexamfetamine dimesylate (LDX) and atomoxetine (ATX) in subgroups of children (aged 6–12 years) and adolescents (aged 13–17 years) with ADHD. Patients and methods In this 9-week, double-blind study, individuals aged 6–17 years with ADHD and an inadequate response to previous

methylphenidate therapy were randomized (1:1) to optimized doses of LDX or ATX. Efficacy measures included ADHD Rating Scale IV (ADHD-RS-IV) total score and dichotomized Clinical Global Impressions-Improvement (CGI-I) score (improved, 1–2; not improved, 3–7).

**Results:** Baseline mean ADHD-RS-IV total score was similar across treatment and age groups. The mean change (95% confidence interval [CI]) in ADHD-RS-IV total score by week 9 (last observation carried forward) showed improvements in the full analysis set (FAS) ( $n = 262$ ; LDX,  $-26.3$  [ $-28.4, -24.2$ ]; ATX,  $-19.4$  [ $-21.6, -17.2$ ]), the children subgroup ( $n = 194$ ; LDX,  $-27.5$  [ $-29.8, -25.1$ ]; ATX,  $-19.4$  [ $-22.0, -16.7$ ]) and the adolescents subgroup ( $n = 68$ ; LDX,  $-22.9$  [ $-27.3, -18.5$ ]; ATX,  $-19.5$  [ $-23.7, -15.3$ ]). The proportions of individuals showing improvements in CGI-I score by week 9 (95% CI) were: FAS (LDX, 81.7% [75.0%, 88.5%]; ATX, 63.6% [55.4%, 71.8%]); children subgroup (LDX, 83.9% [76.4%, 91.3%]; ATX, 61.2% [51.6%, 70.9%]); adolescents subgroup (LDX, 75.8% [61.1%, 90.4%]; ATX, 70.6% [55.3%, 85.9%]).

**Conclusion:** Within each treatment group, improvements in investigator-rated core symptoms and global impressions of improvement were observed in children and adolescents. Supported by funding from Shire.

#### References

1. Dittmann RW et al. *CNS Drugs* 2013;27:1081–92.

### SAFETY OUTCOMES FROM THE CLINICAL DEVELOPMENT PROGRAMME FOR LISDEXAMFETAMINE DIMESYLATE: A PRODRUG STIMULANT FOR THE TREATMENT OF ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER

Isabel Hernández Otero

Director of the Department of Child and Adolescent Psychiatry. University Hospital Virgen de la Victoria. Málaga Spain.

**Introduction:** Currently, six short-term, randomized, double-blind, parallel-group phase 3 trials and four lon-

ger-term extension studies of the stimulant prodrug lisdexamfetamine dimesylate (LDX) have been completed.

**Objectives:** Review the safety and tolerability of LDX. Patients and methods: LDX safety and tolerability data for children, adolescents and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) were extracted from clinical study publications and reports.

**Results:** Treatment-emergent adverse events (TEAEs) were defined as adverse events that either started or worsened during treatment. The frequency of TEAEs was similar across all short-term studies 1–6 (LDX, 69–79%; placebo, 47–59%); the most frequently occurring TEAEs in all studies (reported by  $\geq 10\%$  of patients receiving LDX) were decreased appetite (LDX, 25–39%; placebo, 2–6%) and insomnia (LDX, 11–19%; placebo, 0–5%). Where recorded, weight loss was reported by 9–22% of patients receiving LDX and 0–1% receiving placebo. Most TEAEs were mild to moderate. Serious TEAEs (0–3% of patients) were not considered to be LDX related. TEAEs leading to study discontinuation occurred in 4–9% of patients. LDX treatment was associated with modest increases in mean blood pressure and pulse rate but not with clinically-relevant changes in ECG parameters. Safety outcomes in the studies of  $\geq 6$  months' duration 7–9 were similar to those of the short-term trials with  $\geq 10\%$  of patients receiving LDX reporting decreased appetite (14–33%), headache (17–21%) and insomnia (12–20%).

**Conclusions:** LDX has a safety and tolerability profile similar to other stimulant ADHD medication.

#### References:

1. Biederman J et al. *Clin Ther*. 2007;29:450-63
2. Dittmann RW et al. *CNS Drugs*. 2013;27:1081-92
3. Coghill DR et al. *Eur Neuropsychopharm*. 2013;23:1208-18
4. Findling RL et al. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011 Apr;50(4):395-405
5. Adler LA et al. *J Clin Psychiatry*. 2008 Sep;69(9):1364-73
6. Adler LA et al. *J Clin Psychiatry*. Jul 2013;74(7):694-702
7. Findling RL et al. *CNS Spectr* 2008;13:614-20
8. Findling RL et al. *J Child Adolesc Psychopharm*

2013;23(1):11-21

9. Weisler R et al. *CNS Spectr* 2009;14:573-85  
Supported by funding from Shire.

### PHARMACOKINETICS AND DURATION OF ACTION OF THE STIMULANT PRODRUG LISDEXAMFETAMINE DIMESYLATE IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER

César Soutullo

*Child & Adolescent Psychiatrist (Training: University of Cincinnati, Childrens Hospital Medical Center: 1997-1999. Practice (University of Navarra Hospital: 1999-Present), Doctor en Medicina (University of Navarra: 2002), Residency in Psychiatry (University of Cincinnati (1994-1997), Complutense University of Madrid Medical School (1983-1989).*

**Introduction:** Following oral administration, lisdexamfetamine dimesylate (LDX), the first long-acting stimulant prodrug treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), is hydrolysed in the blood to l-lysine and pharmacologically active d-amphetamine.

**Objectives:** To assess the pharmacokinetics and pharmacodynamics of LDX. **Methods:** Study NRP104.103 was a single-dose, randomized, open-label, crossover study in children aged 6–12 years with ADHD1. Study SPD489-325 was a 7-week, randomized, double-blind, parallel-group trial of dose-optimized LDX (30mg, 50mg or 70mg) in patients aged 6–17 years with ADHD; osmotic-release oral system methylphenidate (OROS-MPH) was a reference treatment<sup>2</sup>. In study NRP104.103, plasma d amphetamine was measured after single-dose oral administration of LDX (30mg, 50mg or 70mg). In study SPD489-325, patients were assessed using the Conners' Parent Rating Scale-Revised (CPRS-R) at 10:00, 14:00 and 18:00hrs following dosing at 07:00hrs on days 0, 28 and 49. **Results:** Of 18 patients randomized in NRP104.103, 17 completed the study. Plasma d amphetamine concentrations peaked with mean T<sub>max</sub> of 3.41–3.58h, then declined with mean t<sub>1/2</sub> of 8.61–8.90h. Of 336 randomized patients in SPD489-325, 317 comprised the full analysis set and 196 completed the study.

At endpoint, compared with placebo, both LDX and OROS-MPH treatment significantly ( $p < 0.001$ ) improved CPRS R scores at all three assessment times with effect sizes respectively of 1.424, 1.411 and 1.300 for LDX and 1.036, 0.976 and 0.922 for OROS-MPH.

**Conclusions:** Following early morning dosing with LDX, improvements in CPRS-R scores in patients with ADHD are maintained throughout the day, consistent with the plasma d amphetamine concentration-time profile. Supported by funding from Shire.

#### References:

1. Boellner et al. *Clin Ther* 2010;32:252-64
2. Coghil D et al. *Eur Neuropsychopharmacology* 2013;23:1208-18

### NUEVAS TECNOLOGIAS EN PATOLOGÍA MENTAL INFANTO-JUVENIL

José Alexander Vargas Castro

*Md. Psiquiatra especialista en Derechos Humanos y en Seguridad Social, Máster en Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil y en Violencia Familiar, Actualmente en estudios de Máster oficial de Investigación en Salud Mental. Actualmente trabajando en el área de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Instituto de Trastornos Alimentarios-ITA y en el área de Urgencias de Psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.*

**OBJETIVO:** Determinar si el uso de nuevas tecnologías-NT (Internet-Videojuegos-Teléfono Móvil-Televisión), observado en los Trastornos de Conducta Alimentaria-TCA y los Trastornos Externalizantes-TE, en adolescentes, puede compartir un mismo patrón, incluso adictivo, con alteraciones en impulsividad y el entendimiento de una posible misma vía neurobiológica-disfuncional.

**INTRODUCCION Y ANTECEDENTES:** Las nuevas tecnologías, proporcionan una mejor calidad de vida, desde el punto de vista de la información y comunicación, denominándose de forma general Tecnología de la Información y la Comunicación (TIC). El problema es su potencial adictivo en adolescentes, ya que podría compararse su uso, con las propiedades reforzadoras de algún tipo de sustancia psicoactiva, en

lo referente al sistema de recompensas y estimulación de núcleos de placer. Las TIC son susceptibles de afectar el autocontrol, dada la facilidad para comunicar emociones en el anonimato, con un refuerzo social inmediato, a un bajo costo económico y de accesibilidad permanente. La nueva clasificación DSM V, para los trastornos mentales, dejó en entredicho la inclusión de la Adicción no tóxica del tipo Adicción a Internet, para futuras clasificaciones, pero si lo determina como un problema social latente, que a la vez requiere de mayor estudio de soporte y que afecta principalmente a la población infanto-juvenil a nivel mundial. Fenómenos asociados a este excesivo uso, han traído consecuencias por Cyberbullying y la inclusión de los Café Internet en el modus vivendi de algunas sociedades.

**HIPOTESIS:** Las nuevas tecnologías-NT pueden representar para los adolescentes un patrón adictivo y aún mayor si hay una patología de déficit de control de impulsos, propio de los Trastornos de Conducta Alimentaria-TCA y los Trastornos Externalizantes

**METODO/DISEÑO:** Se trata de un estudio descriptivo-comparativo en dos grupos de tratamiento intrahospitalario/ambulatorio, en nuestros centros ITA de Argenton-Barcelona: TCA: Trastornos de Conducta Alimentaria (n=12) y TE: Trastornos Externalizantes (n=14); en un mismo grupo etéreo de 12 a 17 años de edad y la aplicación de 4 instrumentos individuales tipo BIS.11 (Barratt-Impulsiveness-Scale), DENA (Cuestionario de Detección de Nuevas Adicciones), IAT (Internet-Addiction-Test) y PVP (Problem-Video-game-Playing), en el uso de video juegos.

**RESULTADOS:** Evidenciamos diferencias significativas en la frecuencia del uso del teléfono móvil, la cual es más alta en el grupo TCA, en relación con el grupo TC. Igualmente, la Impulsividad cognitiva, motora y no planificada, no se asocia con un aumento en la frecuencia del uso de las NT. Como hallazgo de importancia, observamos como la impulsividad no planificada se asocia a un uso disfuncional de video juegos y con mayores puntuaciones en el Internet Addiction Test.

**CONCLUSIONES:** La impulsividad no planificada, propia de trastornos externalizantes y de patologías con

déficit de control de impulsos, prevalece en comportamientos compatibles con un patrón de adicción a Internet. -El Uso y posible abuso de Nuevas Tecnologías es similar en adolescentes con patologías de tipo TCA y TE, ofreciendo un área problemática, ya que muchos logran con su uso y abuso, una posible canalización sintomática, que ha de estudiarse en su comorbilidad diagnóstica, ante un nuevo subtipo de patologías existentes.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Measuring problem video game playing in adolescents. Ricardo A. Tejeiro Salguero. 2002
2. Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs Addiction, 1601-1606.
3. Menores y Nuevas Tecnologías. Francisco Labrados. *Psichotema* 2012. Vol 22, n°2, pp 180-188.
4. Addiction and new forms of virtual communication. Gautier J. *Rev Infirm.* 2010 Jul-Aug; (162):24-5. Adolescents Internet and new technologies: a new wonderland?.
5. Michaud PA, Bélanger R. *Rev Med Suisse.* 2010 Jun 16; 6(253):1230, 1232-5.

#### EFICACIA DE UN ENTRENAMIENTO COGNITIVO EN MEMORIA DE TRABAJO SOBRE MANIFESTACIONES CONDUCTUALES DE LA DISFUNCIÓN EJECUTIVA EN EL TDAH

*Aitana Eva Bigorra Gualba*

*Aitana Bigorra Gualba es Psicóloga Especialista en Psicología Clínica y Master en Psiquiatría y Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia. Actualmente forma parte del equipo de Psiquiatría Infantil y Juvenil del Hospital Universitario Mútua Terrassa y participa en ensayos clínicos internacionales sobre tratamientos para el TDAH. Colabora como docente en diferentes cursos de especialización sobre el TDAH.*

Los niños con TDAH presentan déficits en las funciones ejecutivas (Barkley, 2008). Robomemo® es un programa de entrenamiento computarizado en MT que mejora la MT en el TDAH (Klingberg et al., 2010), pero su efecto sobre las manifestaciones conductuales de la disfunción ejecutiva (MCDE) a corto y largo plazo no ha sido investigado de forma metodológicamente rigurosa.

Los objetivos del presente estudio fueron analizar la

eficacia post intervención y seguimiento a 6 meses de RoboMemo® sobre las MCDE. Las hipótesis fueron que el entrenamiento mejoraría estos aspectos evaluados por padres y maestros. Se realizó un ensayo clínico controlado con placebo, a doble ciego con asignación aleatoria al grupo experimental, que realizó el entrenamiento en MT RoboMemo®, o grupo control, que realizó un entrenamiento placebo. Se incluyeron 66 niños con TDAH combinado entre 7 y 12 años de edad que nunca habían recibido ni realizaron ningún otro tratamiento. Se realizó una evaluación basal (T0), post intervención (T1) y seguimiento a 6 meses (T2) mediante las escalas BRIEF para padres y maestros. Para la evaluación de la eficacia se crearon las variables cambio de puntuación entre T0, T1 y T2 y un análisis ajustado con regresión lineal múltiple introduciendo como covariables edad, sexo y presencia de Trastorno de conducta comórbido. Se utilizó un contraste bilateral con un nivel de significación  $\alpha$  del 5%, y se calculó el tamaño del efecto. Se utilizó SPSS®, versión 15.0. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo experimental: En T1 (respecto T0) en Iniciativa, MT e Índice Metacognitivo del BRIEF-maestros. En T2 (respecto T0) en MT del BRIEF-padres, Iniciativa, MT, Supervisión, Índice Metacognitivo e Índice Regulación Conductual del BRIEF-maestros. De T1 a T2 en Planificación/Organización e Índice Metacognitivo del BRIEF-padres y Alternancia del BRIEF-maestros. La mayoría de tamaños del efecto fueron de moderados a grandes. El entrenamiento RoboMemo® produce generalización al mejorar las MCDE hasta 6 meses post intervención en niños con TDAH.

#### Referencias:

1. Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2006). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Clinical Workbook. Guilford Press. Klingberg, T. (2010). Training and plasticity of working memory. Trends in Cognitive Sciences, 14(7), 317-324

### BECA AEPNYA 2013: INFLUENCIA DE UNA DIETA LIBRE DE GLUTEN Y CASEÍNA EN LAS ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA.

*Pablo González Domenech*  
Médico especialista en Psiquiatría

**Introducción/antecedentes.** Los trastornos del espectro autista (TEA) constituyen un grupo heterogéneo y complejo de alteraciones del neurodesarrollo que comparten clínicamente manifestaciones a tres niveles: alteraciones en la comunicación, alteraciones en la interacción social y patrón de conducta restringido y estereotipado. Desde que en 1943 fuera descrito por primera vez el autismo por Leo Kanner, la forma de abordar estos trastornos no se ha modificado notablemente. En la actualidad, siguen establecidos como pilares terapéuticos las intervenciones psico-educacionales y el manejo psicofarmacológico cuando están presentes alteraciones de conducta. La dieta libre de gluten y caseína, como enfoque etiopatogénico y terapéutico en los TEA, ha despertado gran interés en los últimos años, si bien existen aún muchas incógnitas en cuanto a su mecanismo de acción, perfil de respuesta, seguridad, etc.

**Hipótesis y Objetivos.** Nuestra hipótesis de trabajo es que la dieta sin gluten y sin caseína puede proporcionar mejorías en el síndrome conductual de los TEA. El objetivo principal de este estudio es determinar la influencia que tiene sobre las alteraciones del comportamiento de niños y adolescentes diagnosticados de TEA una dieta alimentaria libre de gluten y caseína e investigar si existe relación entre los cambios conductuales y los niveles urinarios de betacasomorfina (producto de la metabolización de la caseína).

**Material y métodos.** El diseño del estudio es un ensayo clínico cruzado (cross-over) en el que participan 30 niños y adolescentes diagnosticados de TEA y en el que cada uno de ellos será intervenido durante 6 meses con una dieta que contiene gluten y caseína (dieta normal), y durante otros 6 meses con una dieta libre de estos componentes (dieta de exclusión). Se ha asignado aleatoriamente el orden de intervención de cada participante (comenzar con un tipo u otro de dieta). Se evaluará a los sujetos en tres momentos del estudio (antes de comenzar cualquier intervención dietética, tras el periodo de dieta normal y tras el periodo de dieta de exclusión). Cada evaluación consistirá en la cumplimentación de tres cuestionarios validados para medir alteraciones de conducta en los trastornos del espectro autista (ABC-ECA, ERC III-A, ATEC) por parte de los padres, profesores y terapeutas de los participantes, y en la determinación de los niveles urinarios de betacasomorfina. Se hará un seguimiento de la adherencia a la dieta a través de la cumplimentación de

dos cuestionarios semanales en los que se registrarán los alimentos ingeridos durante 24 horas (Cuestionario 24 horas) y, además, durante la fase de exclusión se hará una encuesta mensual a los padres preguntándoles sobre el grado de percepción de cumplimiento y de esfuerzo en la introducción de la dieta. Además, en la evaluación basal, se está recogiendo información nutricional previa a la iniciación del estudio (Historia dietética), información sobre antecedentes de hábitos alimentarios, y se está precisando el diagnóstico de TEA con la cumplimentación de los cuestionarios SCQ en sus formas a y b.

**Resultados.** En la comunicación se expondrán los resultados del análisis de los datos obtenidos de la evaluación basal de la totalidad de la muestra (actualmente ya reclutada, y en fase de análisis de los datos recogidos).

#### Bibliografía

1. Nutr. Neurosci. 13. 87-100. Millward, C., Ferriter, M., Calver, S., and Connell-Jones, G. (2008).
2. Gluten and casein free diets for autistic spectrum disorder. Cochrane Database Syst.Rev. Whiteley, P., et al (2010a).
3. The Scan Brit randomised, controlled, single-blind study of a gluten and casein free dietary intervention for children with autism spectrum disorders.

### ESTABILIDAD DE LA PSICOPATOLOGÍA INTERNALIZANTE EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. ESTUDIO A 6 MESES EN POBLACIÓN CLÍNICA.

*Alberto Segura Frontelo*

*Ldo en Medicina en 2004 por la UCM Especialista en psiquiatría Hospital Doce de Octubre en 2009*

**INTRODUCCIÓN:** La psicopatología internalizante presenta una elevada prevalencia en niños y adolescentes. En población clínica se estima que hasta el 46.7 % de los pacientes evaluados en dispositivos especializados de salud mental presenta psicopatología internalizante (1). A pesar de su alta frecuencia, existen pocos estudios que hayan evaluado la estabilidad temporal de la psicopatología internalizante. En población general, se ha indicado una estabilidad, al menos moderada (2, 3). Existe una carencia de estudios en muestras clínicas. Por otro lado, se han descrito diferencias en la estabilidad de la psicopatología internalizante dependiendo del sexo (2,

3). Los objetivos de este estudio fueron: 1) determinar la prevalencia de la psicopatología internalizante en una muestra clínica de niños y adolescentes; 2) establecer la estabilidad temporal de la psicopatología internalizante y 3) determinar si el sexo influye en la estabilidad temporal de la psicopatología internalizante. Basados en los estudios previos, se hipotetizó que un porcentaje significativo de niños y adolescentes presentarían psicopatología internalizante, psicopatología que se mantendría estable en el tiempo, con diferentes trayectorias en varones y mujeres.

**MÉTODOS:** Estudio prospectivo observacional a 6 meses de cohorte clínica. Durante el periodo de estudio, comprendido entre el 1 de enero de 2011 hasta el 31 de diciembre de 2012, se incluyeron a 215 pacientes (3-17 años; 66% varones) evaluados por primera vez en la Unidad de Psiquiatría Infantil y del Adolescente de la Fundación Jiménez Díaz (Madrid). Para la determinación de la psicopatología internalizante se utilizó el cuestionario Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) versión padres y sus subescalas relativas a los síntomas emocionales y a los problemas con compañeros. Para medir la estabilidad temporal de la psicopatología internalizante se utilizó el coeficiente kappa de estabilidad. Se usó el método de Wald ajustado para las comparaciones de intervalos de confianza al 95%.

**RESULTADOS:** En la visita inicial, del total de la muestra de niños y adolescentes evaluados, el 44% (IC 37.4-50.8) presentó problemas internalizantes, el 44.5% (IC 37.9-51.3) presentó problemas emocionales y el 36.7% (IC 30.4-43.5) problemas con compañeros. A los 6 meses estas frecuencias pasaron a ser del 41.3% (IC 33.5-49.5), 56.5% (IC 48.4-64.2) y 34% (26.8-42.1) respectivamente. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas por sexos ni en la visita inicial ni en la evaluación a los 6 meses. La estabilidad temporal para la escala internalizante fue del 59% (IC 42.3-75.7). Para las subescalas de problemas emocionales y problemas con compañeros fueron respectivamente de 45% (IC 29.3-60.8) y 44.1% (IC 27.5-60.7). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexos.

**DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:** Hallamos una prevalencia de problemas internalizantes similar a estudios previos. Encontramos una estabilidad moderada-

alta. Nuestros resultados coinciden con estudios previos; si bien son estudios realizados en población general, con otros instrumentos de medida y con diferentes intervalos de tiempo entre evaluaciones. No se confirmó estadísticamente la presencia de una mayor estabilidad de la trayectoria de psicopatología internalizante en mujeres. En futuras investigaciones sería interesante replicar y validar estos resultados con poblaciones mayores y en periodos más prolongados; permitiendo un mayor conocimiento de la psicopatología internalizante y establecer pronósticos y planes de tratamiento más precisos.

#### REFERENCIAS

1. Becker, A., Hagenberg, N., Roessner, V., Woerner, W., & Rothenberger, A. (2004). Evaluation of the self-reported SDQ in a clinical setting: Do self-reports tell us more than ratings by adult informants?. *European child & adolescent psychiatry*, 13(2), ii17-ii24.
2. Reitz, E., Deković, M., & Meijer, A. M. (2005). The structure and stability of externalizing and internalizing problem behavior during early adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(6), 577-588.
3. Shin, Y. M., Sung, M. J., Lim, K. Y., Park, K. S., & Cho, S. M. (2012). The pathway of internalizing and externalizing problems from childhood to adolescence: A prospective study from age 7 to 14-16 in Korea. *Community mental health journal*, 48(3), 384-391.

#### PREVENCIÓN EN LA SALUD MENTAL DE LOS JÓVENES: A PROPÓSITO DE UNA EXPERIENCIA EN OYH (ORYGEN YOUTH HEALTH)

*Laura Gallardo Borge*

2010: *Licenciada en Medicina por la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid* 2011- 2014: *Residente de psiquiatría del del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (Actualmente MIR-3)* 2013: *Experto en Psicoterapia Integradora de la Universidad de Alcalá de Henares (Madrid)* 2014: *Estancia externa de 3 meses (febrero a mayo del 2014) en Orygen Youth Health en Melbourne (Australia)* 2014: *Actualmente cursando Master de Psicoterapia Integradora de la Universidad de Alcalá de Henares (Madrid)*

**Introducción:** El 75% de las enfermedades mentales debutan antes de los 25 años, el acceso a Salud Mental (SM) en la adolescencia y primer juventud, es el más escaso (en Australia sólo 21.8% de los enfermos mentales acceden). Para reducir el impacto de la enfermedad mental habrá que acceder al grupo de población más vulnerable, rediseñando los servicios de SM. La intervención temprana disminuye la aparición de una discapacidad crónica y mejora la adaptación del joven al entorno y su calidad de vida.

**Objetivo:** Explicar a través del trabajo de la unidad OYH de Melbourne (Australia) el tratamiento preventivo en unidades específicas de SM para jóvenes donde está la mayor incidencia de aparición de la enfermedad mental, entre 16-26 años, cuyo objetivo es reducir el impacto de la enfermedad mental en el paciente, su familias y su medio. Concienciar de la necesidad de un cambio en el paradigma del tratamiento y acceso en jóvenes. Metodología: OYH trabaja las 3 ramas importantes para la prevención y tratamiento de la SM en jóvenes: clínica, investigación y formación/comunicación a la comunidad. El equipo de triage clasifica a los pacientes en atención urgente, consulta continuada y derivación a equipos específicos (pródromos de psicosis, primeros episodios psicóticos, trastornos de personalidad y trastornos afectivos) estos últimos hacen el seguimiento durante 18-24 meses del inicio del primer episodio. Además, se interviene a nivel psicosocial y en la comunidad.

**Resultados:** Clínica: Unidad de hospitalización: 16 camas para 160.000 jóvenes en rango de edad (16-26). Reingresos: 20-25%. Estancia media: 10 días. Ocupación: 85%. Pródromos de psicosis: psicoterapia atrasa el tiempo medio de aparición de síntomas psicóticos y su intensidad.

**Investigación:** 13 áreas de investigación, más de 200 publicaciones en 2012. • Comunicación: mayor acceso a la información en SM a través de creación de webs y coloquios/charlas. Reducción de estigma. Conclusiones: El tratamiento preventivo (soporte, psicoterapia y psicoeducación) de jóvenes en riesgo y sobre todo la educación a la sociedad a través de psicoeducación y reuniones con familiares y amigos de los pacientes hace que haya disminuido el impacto de la enfermedad en la sociedad australiana, creando una sociedad donde el estigma ha disminuido. Además se ayuda a entender a los

jóvenes como proteger y potenciar su salud mental y se les facilita el acceso a información adecuada.

**Referencias:**

1. McGorry P, Bates T and Birchwood M. Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK. *The British Journal of Psychiatry* (2013) 202, s30-s35
2. McGorry P and Mihalopoulos C. Unhealthy scepticism: Time for a fair go for best available evidence. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 47(7), 602-604
3. McGorry P. Preventio, innovation and implementation science in mental health: the next wave reform. *The British Journal of Psychiatry* (2013) 202,s3-s4 • www.ory.org.au

**GROSOR CORTICAL Y MADURACIÓN CEREBRAL EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

*Víctor Pereira Sánchez*

*Titulado en Bachillerato en Ciencias Biosanitarias en el Colegio Montecastelo de Vigo. Estudiante del Grado en Medicina.*

**Introducción:** El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es el desorden psiquiátrico más frecuente en niños. Las evidencias de alteraciones neurobiológicas son cada vez mayores, y parecen orientar el trastorno como una alteración madurativa encefálica. Esta revisión sistemática analiza las evidencias en mediciones por resonancia magnética estructural (MRI) de la evolución del grosor cortical en pacientes con TDAH y su relación con factores varios.

**Material y métodos:** Realizamos una revisión sistemática cualitativa, basada en la guía Cochrane, de la literatura hasta diciembre de 2013. Empleamos los términos ‘ADHD’, ‘cortical thickness’ y ‘methylphenidate’ en Pubmed y ScienceDirect. Seleccionamos solo estudios con medidas por MRI de grosor cortical en un seguimiento longitudinal. Estudiamos metodologías y resultados de cada estudio, limitaciones y fortalezas. Por último, realizamos una síntesis de los principales hallazgos y las limitaciones y fortalezas comunes. Resultados Siete artículos cumplieron criterios de inclusión: todos

investigaciones observacionales con pacientes TDAH y niños sanos de una línea del National Institute of Mental Health de Bethesda. Comparaban la evolución de grosores corticales en pacientes con TDAH y controles sanos, aunque en cada estudio se correlacionaba con parámetros distintos: clínicos, fenotípicos, terapéuticos. Todos hallaron alteraciones en la maduración cortical de pacientes TDAH en regiones cerebrales superponibles, con predominio prefrontal y cingular. La homogeneidad metodológica en el conjunto fortalece la consistencia de los hallazgos, pero en el contexto de similares limitaciones.

**Discusión:** Los estudios revisados hallaron alteraciones consistentes en la maduración del grosor cortical en niños y adolescentes con TDAH, en regiones cerebrales implicadas en funciones ejecutivas y circuitos de la atención y control emocional, que concuerdan con evidencias clínicas, neuropsicológicas y de estudios de neuroimagen funcional y en reposo. Esto podría tener implicaciones en el desarrollo de novedosas hipótesis para el manejo precoz del trastorno. A pesar de las limitaciones de diseños observacionales y riesgo de sesgos, esta revisión ha encontrado una fuente considerable de conocimiento sobre las bases neurobiológicas del TDAH.

Referencia

1. Shaw P, Malek M, Watson B, Greenstein D, de Rossi P, Sharp W. Trajectories of Cerebral Cortical Development in Childhood and Adolescence and Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biol Psychiatry* 2013;74:599–606

**ABSENTISMO ESCOLAR: LUGARES DE INTERVENCIÓN**

*M<sup>a</sup> Dolores Ortega Garcia*

*Licenciada en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Psicoterapeuta (FEAP)*

La calidad del sistema educativo de un país no sólo es un indicador de los niveles de desarrollo y bienestar alcanzados, sino también venideros. No en vano, proveer una escolaridad universal que sea, además, capaz de estimular el desarrollo integral de niños y jóvenes, es un objetivo estratégico de primera magnitud en las naciones más avanzadas. Nuestro país no es ajeno a esta inquietud. Es por ello por lo que, de un modo recurrente, la

formación de nuestros jóvenes y, en concreto, el problema del fracaso escolar son objeto de debate público. El fracaso escolar es considerado en la actualidad un problema de primer orden, muy especialmente en España (20-28%), donde las tasas están por encima de la media europea y de los países de la OCDE. La importancia de esta cuestión ha favorecido, durante los últimos tiempos, la aparición de numerosos análisis y de diversos estudios que tratan de averiguar las causas y de establecer el alcance real del fracaso y el abandono escolar en nuestro país. El presente trabajo tratará de describir los posibles factores, para futuras actividades preventivas, que influyen en el incremento de la tasa de absentismo /abandono escolar: la aparición de la ruptura del vínculo educativo. Vínculo o unión que se fragmenta por sus componentes: la institución y el alumno.

### **TRASTORNO MENTAL GRAVE: ¿TRANSMISIÓN TRANSGENERACIONAL? PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN**

*M<sup>a</sup> Dolores Ortega Garcia*  
*Licenciada en Medicina. Especialista en Psiquiatría.*  
*Psicoterapeuta (FEAP)*

El entorno de los niños que viven con un padre con trastorno mental grave (TMG) afecta a su desarrollo. Los estudios sobre la primera infancia destacan la importancia del afecto y de los vínculos con las figuras parentales para el desarrollo evolutivo del niño. La psicosis implica alteraciones tanto del pensamiento como del ánimo que influyen ampliamente en el afecto y la conducta del individuo, con implicaciones sobre su capacidad para desempeñar adecuadamente. E. J. Anthony estudió el impacto en la vida familiar y las consecuencias en los hijos de la enfermedad grave en un progenitor. Los hijos pueden entender la enfermedad como una desorganización importante, como una crisis, como negligencia como un reto en su vida. Es durante la adolescencia, especialmente, cuando puede ir verbalizando sus sentimientos de angustia, culpa, vergüenza y lealtad el papel de padres. Un modo de trabajo comunitario, en coordinación con los diferentes equipos (servicios sociales, servicios educativos, etc.) permite un tratamiento más eficaz y adecuado, utilizando los distintos recursos. Por todo ello, en este trabajo se pretende revisar algunas aportaciones procedentes de diferentes autores acerca de las implicaciones en la crianza de los hijos por parte de padres que se ven afecta-

dos de trastornos mentales graves como la esquizofrenia o estados afines, ilustrándolo con un caso clínico de un adolescente que acude a una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.

### **MUTISMO SELECTIVO : CATEGORÍA DE TRASTORNO DE ANSIEDAD SEGÚN EL DSM-V**

*Patricia Blanco del Valle*  
*Licenciada en Medicina. Universidad de Valladolid.*  
*1998-2004. - MIR Psiquiatría. Hospital Clínico Univer-*  
*sitario de Valladolid. 2005-2009.*

**Introducción/ antecedentes:** Las investigaciones muestran que muchos niños con mutismo selectivo eran ansiosos en situaciones sociales desde edades muy tempranas. Al contrario de lo que piensa la mayoría de la gente, pocos niños con mutismo selectivo han experimentado un trauma. Se puede observar un desarrollo suficiente del lenguaje en casa, pero no hablan en presencia de otras personas conocidas o con las que tienen poca relación.

**Hipótesis y Objetivos:** El objetivo que planteamos es presentar el mutismo selectivo como un trastorno de ansiedad (categoría que ocupará en el reciente DSM-V) , de manera que el realizar el enfoque diagnóstico adecuado se seguirá de un tratamiento eficaz y resolución de la clínica.

**Material y Métodos:** Revisión bibliográfica. Presentación de dos casos clínicos. Resultados y Conclusiones En los trastornos de ansiedad la serotonina se encuentra en menor proporción en el SNC. Los ISRS incrementan la disponibilidad de esta sustancia en el cerebro facilitando el control sobre las reacciones de ansiedad y las rumiaciones. En el tratamiento del mutismo selectivo se usan varios ISRS como la sertralina o la fluoxetina , produciendo un incremento en el número de situaciones en que el niño habla.

#### **Referencias esenciales**

1. LÓPEZ-IBOR ALIÑO, J.J. y VALDÉS MIYAR, M. (dir.) (2002). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Editorial Masson.
2. BARBERO, F., MAROTO, G., FERNÁNDEZ, A.

(1994). Tratamiento conductual en el colegio del mutismo selectivo de una niña de 5 años, Análisis y modificación de conducta, nº 74 (989-921)

3. CAMBRA BUENO, J. (1988). Mutismo selectivo escolar: diagnóstico y estrategias de intervención. Revista Informació Psicológica, nº 33 (48-52)
4. DÍAZ ATIENZA, J. (2001). Mutismo selectivo: fobia frente a negativismo. Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente. Vol 1(3), I-IV.
5. OLIVARES RODRÍGUEZ, J., (1994). El niño con miedo a hablar. Madrid. Editorial Pirámide. Colección Ojos Solares.

### USO DE ATOMOXETINA EN ANSIEDAD COMÓRBIDA CON TDAH.

Patricia Blanco del Valle

Licenciada en Medicina. Universidad de Valladolid. 1998-2004. - MIR Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. 2005-2009.

**Introducción/ antecedentes:** El TDAH es uno de los trastornos neuroconductuales más comunes en niños. Se ha demostrado que el 85% de los pacientes con TDAH presentan al menos una comorbilidad psiquiátrica. Aproximadamente el 20-40% presenta un trastorno de ansiedad comórbido.

**Hipótesis y Objetivos:** Demostrar la eficacia de la atomoxetina en pacientes pediátricos con TDAH y síntomas de ansiedad. Material y Métodos Revisión bibliográfica de artículos de investigación.

**Resultados** - Estudio de Geller et al.: La ATX estuvo asociada con mayores mejorías que el PL en las puntuaciones de MASC (-4.6, vs. +2.1; p=0.009) y CHQ-P-CFL (6,9 vs. 3,3; p=0.019). - Estudio de Sumner et al. : La ATX y el PL estuvieron asociados con mejorías similares en las puntuaciones de CDRS-R (-14,8 vs. -12,8; p=0,34).

**Conclusiones:** La atomoxetina ha demostrado efecto positivo sobre los síntomas de ansiedad. De los estudios revisados expuestos anteriormente se desprende que tanto médicos como pacientes pediátricos con TDAH y trastornos de ansiedad percibieron su eficacia. Otros

estudios (Kratochvil et al.) comparan la atomoxetina como único agente con la atomoxetina combinada con fluoxetina ,observándose reducciones marcadas de los síntomas de ansiedad para ambos grupos de tratamiento ( p <0,001).

#### Referencias esenciales

1. Geller D, Donnelly C, Lopez F, et al. Atomoxetine treatment for pediatric patients with attention-deficit / hyperactivity disorder with comorbid anxiety disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007; 46: 1119-27
2. Sumner C, Donnelly C, Lopez F, et al. Atomoxetine treatment for pediatric patients with ADHD and comorbid anxiety [abstract]. Int J Neuropsychopharmacol 2006; 9 Suppl. 1: 135
3. Kratochvil CS, Newcorn JH, Arnold LE, et al. Atomoxetine alone or combined with fluoxetine for treating ADHD with comorbid depressive or anxiety symptoms. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2005; 44: 915-24
4. Kunwar A, Dewan M, Faraone SV. Treating common psychiatric disorders associated with attention-deficit / hyperactivity disorder. Expert Opin Pharmacother 2007 Apr; 8 (5): 555-62
5. Biederman J, Newcorn J, Sprich S. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. Am J Psychiatry 1991 May; 148 (5): 564-77

### TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LAS CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS EN PEDIATRÍA

Purificación Escobar García

Licenciada en Psicología. Máster en Psiquiatría de la infancia y de la adolescencia. Diplomada en Enfermería. Universitat Autònoma de Barcelona. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

**Introducción:** La literatura científica muestra una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos en las cardiopatías congénitas en pediatría. Efectivamente, en diferentes estudios se recogen incidencias de casi el doble de lo presentado en la población general pediátrica, e incluso en alguna patología concreta, como el TDAH, la incidencia llega a ser hasta 7 veces mayor. Iniciándose una línea de

investigación, con un estudio piloto sobre 8 casos, cuyos primeros resultados se comunicaron en Granada (2) el año pasado.

**Hipótesis y Objetivos:** Objetivo Primario: Establecer la prevalencia de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes con antecedente de cardiopatía congénita. Hipótesis: La condición de una cardiopatía congénita comporta una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos. Población, material y métodos: Estudio de corte transversal de los niños y adolescentes que, atendidos en la Unidad de cardiopatías congénitas (UCC) y la Unidad de Cuidados intensivos pediátricos (UCIP) aceptan participar en el estudio. Se presentan los resultados iniciales de una muestra de 30 casos reclutados desde las Unidades citadas (UCC y UCIP), con su colaboración. Ningún caso ha rechazado participar en el estudio. En todos ellos y previamente se realizó el correspondiente consentimiento informado por escrito, de los padres o tutores legales y del niño/adolescente. Procediéndose a continuación a su estudio y valoración individual, cuyos resultados se entregaron al final del estudio con la oferta de atención paidopsiquiátrica en el caso estar indicada, que de aceptarse, pasar a asumir su atención. Se realiza valoración clínica paidopsiquiátrica: anamnesis con entrevistas con los padres y el paciente y examen clínico psiquiátrico respaldado por la aplicación del K-SADS-PL. Posteriormente se procede al estudio psicotécnico utilizando los cuestionarios de: Conner's Rating Scale, CBCL, para padre y para profesores. También se procedió a la aplicación de las siguientes pruebas complementarias: WISC-IV, CMAS-R, CDI, PROLEC R o PROLEC SE, para completar el estudio de cada caso. Cada caso fue evaluado por dos de los autores (un psiquiatra y un psicólogo) y posteriormente reevaluado independiente, por otro diferente psiquiatra, para en caso de divergencia recurrirse a una tercera evaluación y acuerdo final consensuado por los 4 valoradores especialistas. Extremo que no se tuvo que realizar en ningún caso por coincidir las distintas evaluaciones en todos los casos.

**Resultados:** Se presentan los resultados iniciales de la muestra estudiada: Destacando en resumen los siguientes: Se trata de una muestra de 30 casos, entre 6 años y 18 años, atendidos por antecedentes de cardiopatía congénita. Presentándose una mayor proporción del

sexo femenino y con una edad media de unos 12a. La cardiopatía congénita de base más frecuente es la estenosis (pulmonar o aórtica). Casi la mitad de los casos requiriere seguir tratamiento farmacológico continuado. Al WISC-IV se recogen unos resultados promedio correspondientes a una inteligencia media normal, si bien, paradójicamente, asocian, predominantemente un bajo rendimiento escolar. Otro destacado resultado es que en más del 70% de los casos estudiados se presentan trastornos psiquiátricos cumpliendo criterios diagnósticos DSM IV-TR, sobresaliendo el TDH con una prevalencia de más del 40% que además es destacadamente señalada por los padres. Menos del 30% no presentan trastorno mental alguno. También es llamativa la baja prevalencia de trastornos depresivos, así como de quejas somáticas en todos ellos, contrariamente a lo que pasa con los trastornos de ansiedad. Conclusiones: Si bien se requiere seguir ampliando la muestra, los resultados obtenidos confirman la alta prevalencia señalada en la literatura destacando el TDAH, aspecto que consideramos muy importante por su condición de trastornos tratables y probable causa modificable del bajo rendimiento escolar que frecuentemente asocian, y de importante impacto global.

### **FACTORES CLÍNICOS Y PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE CANTABRIA. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES.**

*Jana González Gómez*

*Médico especialista en Psiquiatría. Master en terapia cognitivo conductual. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Cantabria Unidad de trastornos de la conducta alimentaria. Contrato del Instituto de formación e investigación Marqués de Valdecilla. (IDIVAL)*

**Introducción/antecedentes:** En los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) la clínica inicial se solapa en ocasiones con otras psicopatologías como la depresiva o la ansiosa que por un lado dificultan el diagnóstico precoz y por otro influyen en el tratamiento y el pronóstico.

**Hipótesis y Objetivos:** Realizamos un estudio para conocer las características psicológicas y clínicas asocia-

das a los pacientes adolescentes remitidos por primera vez a la unidad de TCA y comprobar si presentan más psicopatología comórbida y características diferentes a las presentadas por otros adolescentes sanos.

**Material y métodos:** Se recogieron los casos incidentes registrados de forma consecutiva en la UTCA durante el periodo de dos años (mayo 2011 –mayo 2013). (47 mujeres y 8 hombres) Con idéntica metodología se reclutó un grupo de controles sanos (46 mujeres y 8 hombres) con edad similar en ambos grupos ( $16,1 \pm 2,11$  frente a  $16,3 \pm 1,83$ ). A cada sujeto se le realizó una entrevista psiquiátrica específica sobre clínica, intentos autolíticos o tratamiento previo. Los sujetos respondieron distintos cuestionarios autocumplimentados: La depresión se midió con el “Beck Depression Inventory” (BDI-II), la ansiedad mediante el “State-Trait Anxiety Inventory” (STAI), para la clínica alimentaria se utilizó el “Eating Attitudes Test” (EAT) y el “Eating disorder inventory” (EDI-2), la autoestima mediante la escala de autoestima de Rosenberg, y la sintomatología obsesiva utilizando el “Obsessive-Compulsive Inventory-Revised scale” (OCI-R).

**Resultados:** Se encontró diferencia significativa entre el porcentaje pacientes (P) 19.2%, y controles (C) 29,1% que habían recibido tratamiento en la unidad de psiquiatría infantojuvenil previa al desarrollo del TCA ( $p=0,02$ ). Los diagnósticos previos más prevalentes fueron ansiedad, alteraciones de conducta y depresión. Un 2% de los controles y un 7% de los pacientes habían realizado algún intento autolítico previo pero esta diferencia no resultaba significativa desde el punto de vista estadístico. Se detectaron las diferencias esperadas entre el grupos P y C, en los cuestionarios que evalúan clínica alimentaria EAT ( $p=0,00$ ) y en la mayoría de las subescalas del EDI. Bulimia, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, e inseguridad social ( $p<0,05$ ). En esta población de adolescentes no observamos diferencias en la clínica obsesiva en ninguna de sus subescalas ni evaluándolo según el subtipo diagnóstico, con puntuaciones similares a la muestra control muy por debajo del punto de corte considerado para el trastorno obsesivo compulsivo. Observamos diferencias muy significativas en la ansiedad medida como rasgo ( $p<0,02$ ) y como estado ( $p<0,00$ ), en el autoestima ( $p<0,00$ ) y en la clínica depresiva. ( $p<0,00$ )

Los datos de estos cuestionarios sitúan a los pacientes por encima del punto de corte para el diagnóstico clínico de ansiedad o depresión. También se observa fuerte correlación entre la puntuación que representa la clínica de trastornos de la conducta alimentaria y las clínicas depresiva y ansiosa.

**Conclusiones:** Nuestro estudio pone de manifiesto las comorbilidades que padecen los pacientes adolescentes que debutan con un trastorno de la conducta alimentaria. Esto en ocasiones conlleva un diagnóstico más tardío y un peor pronóstico. Como clínicos debemos de estar alerta ante las manifestaciones depresivas o ansiosas que padecen estos pacientes en el momento del diagnóstico y de su tratamiento posterior.

#### Referencias esenciales:

1. Personality disorders in eating disorder not otherwise specified and binge eating disorder: A meta-analysis of comorbidity studies. Friborg et al. The Journal of Nervous and Mental Disease. Feb. 2014.
2. Reciprocal Associations between Depressive Symptoms and Disordered Eating Among Adolescent Girls and Boys: A Multiwave, Prospective Study. Ferreiro, F et al. Journal of Abnormal Child Psychology. DEC. 2013.

## GRUPOS DE APOYO PARA PADRES DE NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Angeles Diaz-Caneja Greciano  
FEA Psiquiatra

**INTRODUCCION:** El impacto del diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA) está asociado con aumento del estrés en la familia. •En varios estudios muestran que grupos de apoyo pueden ser eficaces en la reducción del estrés y ayudar en el manejo emocional de las dificultades asociadas.

**OBJETIVOS:** Obtener información sobre las dificultades de tener un hijo con TEA. •Valorar la realización de este tipo de grupos para padres de niños con TEA.

**METODOLOGIA:** En nuestro centro se realiza un grupo de apoyo para padres cuyos hijos han sido diagnosticado de TEA y acuden regularmente a seguimiento. •El grupo es un grupo abierto, no directivo, los padres marcan los temas a hablar en las sesiones. •Participan como co-terapeutas una psiquiatra y la trabajadora social. •Acuden 8 familias de un total de 25. En tres parejas acuden ambos padres. •La duración de las sesiones es de 50 minutos con una periodicidad quincenal. •Se recogen de forma sistemática los temas que se comentan en las sesiones.

**RESULTADOS:** Los temas más frecuentes comentados han sido: - las dificultades con los profesionales (profesores, médicos) que están involucrados en algún tipo de intervención/seguimiento con sus hijos. -las dificultades en el ámbito escolar, que lo relacionan con cierta falta de conocimiento en el manejo de los problemas que sus hijos presentan por parte del personal educativo. - los problemas que sus hijos tienen para relacionarse con los demás - la falta de apoyo institucional y de ayudas económicas para cubrir los gastos de las terapias -la falta de reconocimiento de su discapacidad por los organismos públicos oficiales correspondientes. •Objetivamente, se ha observado una cohesión en el grupo, muy dinámico, cuando comparten experiencias.

**CONCLUSIONES:** Los grupos de apoyo pueden ser eficaces para que los padres de niños con TEA puedan expresar sus experiencias y compartan con otras personas están pasando por la misma situación y se sientan escuchadas y entendidas.

El impacto del diagnóstico de TEA está asociado con aumento del estrés en la familia. La realización de este tipo de grupos puede ayudar a reducir el impacto del diagnóstico. Palabras clave: grupos, apoyo, padres, TEA

### **CURSO LONGITUDINAL DE UNA MUESTRA ESPAÑOLA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO BIPOLAR**

*Azucena Díez Suárez*

*Especialista en Psiquiatría y Pediatría. Fellow en Psiquiatría del Niño y Adolescente*

**Introducción:** El Trastorno Bipolar es un trastorno psiquiátrico crónico y con una alta heredabilidad, cuyos

síntomas suelen comenzar en la adolescencia ó inicio de la edad adulta. En comparación con el de adultos, el trastorno bipolar en niños y adolescentes se caracteriza por un curso menos episódico, presencia de irritabilidad más que euforia y comorbilidad más frecuente. En los últimos años se le ha dado un reconocimiento creciente, pero persiste una considerable controversia acerca de su fenomenología y frecuencia. Los estudios que valoran la prevalencia y la evolución del Trastorno Bipolar en la infancia y adolescencia son escasos, y existen diferencias entre países.

**Objetivos:** Describir la fenomenología y el curso clínico de una muestra de pacientes menores de 18 años con trastorno bipolar, analizar los factores predictores de mal pronóstico y evaluar la estabilidad longitudinal del diagnóstico al final del periodo de seguimiento.

**Metodología:** Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes menores de 18 años diagnosticados de trastorno bipolar. Los pacientes son evaluados mediante una entrevista semiestructurada y cuestionarios al paciente, padres y colegio. Este estudio es una continuación de otro realizado en la misma Unidad<sup>4</sup>, pero añadiendo mas pacientes y más tiempo de seguimiento a los pacientes anteriormente reclutados.

**Resultados:** Se describen los resultados de 79 pacientes, 79% varones y 21% mujeres. La edad media en el momento del diagnóstico de trastorno bipolar es 12,9 años, los pacientes presentan los síntomas desde hace 1,46 años (retraso diagnóstico). El tiempo medio de seguimiento es 3,9 años. 45.6% tienen trastorno bipolar tipo 1, 4.2% tipo 2, y 50.2% no especificado (en su mayoría debido a una menor duración de los episodios, con todos los síntomas). El síntoma más frecuente es la irritabilidad (94.7%). 92.1% de los niños tienen al menos un trastorno comórbido. Los pacientes con TDAH comórbido requieren más ingresos (21%,  $p < 0,05$ ). Aquellos que presentan abuso de sustancias (18,4%) necesitan más fármacos ( $p < 0,05$ ). Al final del periodo de seguimiento, 29,3% tienen una buena respuesta, 37,9% una respuesta moderada y 32,8% una respuesta pobre al tratamiento (según CGI-S-Children Global Impression-Severity Scale). Los niños de menor edad tienen episodios más largos y peor respuesta ( $p < 0,05$ ).

**Conclusión:** Esta muestra de trastorno bipolar en España es similar a las muestras clínicas de otros países, como Estados Unidos. El trastorno bipolar es estable longitudinalmente a lo largo del tiempo en los niños y adolescentes. La edad temprana de inicio de síntomas y la comorbilidad con TDAH son factores de mal pronóstico.

**Bibliografía:**

1. Soutullo C, Chang KD, Díez.Suárez A, Figueroa-Castro A, Escamilla I, Rapado M, Ortuño F. Bipolar Disorder in Children and Adolescents: International Perspective on Epidemiology and Phenomenology. *Bipolar Disord.* 2005 Dec;7(6):497-506.
2. Pavuluri M, Birmaher B, Naylor MW. Pediatric bipolar disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2005 Sep;44(9):846-71
3. Soutullo CA., Escamilla-Canales I., Wozniak J., Gamazo-Garrán P., Figueroa-Quintana A., & Biederman J. Pediatric Bipolar Disorder in a Spanish sample: features before and at the time of diagnosis. *J Affective Disorders* 2009;118(1-3):39-47.
4. Escamilla I, Wozniak J, Soutullo C, Gamazo P., Figueroa-Quintana A, & Biederman J. Pediatric Bipolar Disorder in a Spanish sample: Results after 2.6 years of follow-up. *J Affective Disorders* 2011;132(1-2):270-4
5. Findling RL, Jo B, Frazier TW, Youngstrom EA, Demeter CA, Fristad MA, Birmaher B, Kowatch RA, Arnold E, Axelson DA, Ryan N, Hauser JC, Brace DJ, Marsh LE, Gill MK, Depew J, Rowles BM, Horwitz SM. The 24-month course of manic symptoms in children. *Bipolar Disord.* 2013 Sep;15(6):669-79. doi: 10.1111/bdi.12100. Epub 2013 Jun 26.

**EJERCICIOS DE CONCIENCIACIÓN CORPORAL EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: BASE RACIONAL Y FACTIBILIDAD DE SU USO EN PACIENTES INGRESADAS EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA**

*Víctor Sarmiento González-Nieto  
Licenciado en Medicina Médico Especialista en Rehabilitación MIR de Psiquiatría*

**Introducción:** La menor capacidad de discriminación de las sensaciones y sus correlatos emocionales y cognitivos se asocia con diversos trastornos con marcada expresión somática (ansiedad, somatización, conducta alimentaria –TCA-). Los ejercicios de concienciación corporal (ECC) pueden, en teoría, mejorar la atención discriminativa hacia las informaciones sensoriales interoceptivas y propioceptivas además de proporcionar los beneficios del ejercicio de baja intensidad. Ello lleva a plantear su utilidad terapéutica en los TCA, donde la distorsión de la imagen corporal y la insatisfacción e infravaloración son características nucleares.

**Objetivos:** Proporcionar argumentos favorables al uso experimental de los ECC en pacientes ingresados con TCA, confirmando dos hipótesis: H1: El ejercicio físico controlado es seguro y beneficioso en pacientes con TCA H2: La práctica de ECC es factible y bien aceptada en pacientes hospitalizadas con TCA

**Material y métodos** H1: Detección de revisiones sistemáticas sobre el empleo de ejercicio físico en pacientes con TCA. H2: Intervención mediante ECC en pacientes ingresados con TCA con observación de la práctica y recogida de información sobre efectos adversos, dificultades organizativas y aceptación mediante encuesta. 9 sesiones de 1 hora en 3 semanas

**Resultados:** Dos revisiones sistemáticas (1,2) avalan la seguridad del ejercicio supervisado en pacientes con AN e indican posibles beneficios. Practican ECC 7 pacientes (2 – 9 sesiones, 1 – 8 sesiones, 2 – 6 sesiones, 1 – 3 sesiones, 1 – 2 sesiones), 6 mujeres y 1 varón, 5 con anorexia, 2 con bulimia. Se comprueba la ausencia de efectos adversos y de impedimentos organizativos. El seguimiento de la práctica y la encuesta indican una buena aceptación.

**Conclusiones:** La puesta en marcha de un estudio experimental sobre la eficacia de los ECC en la mejoría física y psicopatológica de pacientes con TCA cuenta con justificación teórica y con una experiencia positiva de la aceptabilidad y la factibilidad de su empleo en una unidad especializada (UTCA del Hospital Niño Jesús)

**Referencias**

1. L.W.C. Ng, D.P. Ng, W.P. Wong, Is supervised exercise training safe in patients with anorexia ner-

vosa? A meta-analysis, *Physiotherapy*, Volume 99, Issue 1, March 2013, Pages 1-11

2. Vancampfort D, Vanderlinden J, De Hert M, Soudy A, Adámkova M, Skjaerven LH, Catalán-Matamoros D, Lundvik Gyllensten A, Gómez-Conesa A, Probst M. A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa. *Disabil Rehabil.* 2013 Jul 4

### “TEA NOS, DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS Y CONSIDERACIONES EVOLUTIVAS: A PROPÓSITO DE UN CASO”

Tania Álvarez Estévez

Licenciada en medicina - M.I.R IV - psiquiatría

**INTRODUCCIÓN/ANTECEDENTES:** El “Múltiple Complex Developmental Disorder” (MCDD), descrito por Cohen (1983), se clasifica como un Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado (TGD-NOS/TEA-NOS), aunque no consta en las clasificaciones actuales. Presentan más problemas en la regulación emocional y manejo de la ansiedad, agresividad y pensamiento psicótico que los pacientes con autismo, por lo que algunos autores los incluyen dentro del espectro autista si bien otros los enmarcan en el espectro esquizofrénico.

**HIPÓTESIS/OBJETIVO:** Abordar las dificultades en el diagnóstico diferencial de la compleja y grave clínica que esta entidad nosológica entraña.

**MATERIAL/MÉTODOS:** Presentación de un caso clínico con material audiovisual de un varón con diagnóstico de MCDD. Revisión bibliográfica. Se trata de un varón de 7 años, que inicia consultas en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil a sus 5 años, derivado por pediatría por alteraciones de conducta y ritualismos. Antecedentes familiares de Esquizofrenia y rasgos del TEA. Presenta alteración cualitativa del lenguaje, comunicación e interacción social, intereses restringidos y estereotipados, impulsividad, disregulación emocional con irritabilidad y heteroagresividad física y verbal. No se ha objetivado sintomatología psicótica a lo largo de la evolución. La impresión diagnóstica es de T.E.A./TGD-NOS (M.C.D.D) Se realiza abordaje terapéutico multidisciplinar, psicofarmacológico, psicopedagógico

y psicoterapéutico; obteniéndose mejoría sintomática; destacándose la precoz intervención y probable implicación pronóstica favorable derivada de ello.

**CONCLUSIONES:** Puede resultar complicado distinguir un Trastorno del Espectro Autista (TEA) de la esquizofrenia –especialmente un TGD-NOS– por una posible interpretación errónea de los síntomas: los intereses sensoriales restringidos del TEA pueden parecerse a alucinaciones, el lenguaje pragmático-concreto del TEA puede recordar a alteraciones formales del pensamiento, más bizarras en las de tipo psicótico, etc. Por tanto, los síntomas siempre deben interpretarse a la luz del neurodesarrollo. Mientras que el autismo permanece estable y no suele evolucionar a esquizofrenia, el MCDD sí puede tomar ese rumbo.

### REFERENCIAS ESENCIALES:

1. Domínguez Martín C, Geijo Uribe M. Trastorno del Espectro Autista y Esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil.* 2010; 4:312-318

### PREVENCIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN POBLACIÓN PREESCOLAR

Juan Jesús Marín-Méndez

Licenciado en Ciencias Biológicas y Licenciado en Ciencias Bioquímicas. Estudios de post-grado: Master en I+D+i de medicamentos. Estudiante de Doctorado en programa de Medicina y Cirugía (fase de investigación).

**Introducción/antecedentes:** El Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) es el trastorno del neurodesarrollo más frecuente en consultas infantiles, con una prevalencia mundial del 5-10% en menores de 18 años. Diagnosticado fundamentalmente en edades escolares (>6 años) la mayoría de estudios se centran en esa franja etaria, aunque los síntomas emergen típicamente en edad preescolar y persisten más allá de ella. La severidad sintomatológica en edad preescolar es el marcador más significativo a edades posteriores. El 70-80% de los niños preescolares con TDAH continuarán teniendo el trastorno durante la edad escolar y en el 56-67% persistirá durante la adolescencia. Su impacto en preescolares supone un elevado coste sociosanitario académica, social y familiarmente. El

70% de los preescolares diagnosticados de TDAH presentan trastornos comórbidos asociados y el 25% de los niños preescolares con TDAH reciben educación especial (sus pares control el 5%). En España no hay ningún instrumento normalizado (idioma y cultura) para la detección precoz de TDAH en preescolares. Tampoco disponemos de datos de su prevalencia e impacto.

**Hipótesis:** La detección precoz del TDAH puede realizarse desde edades preescolares empleando escalas adaptadas a nuestro medio.

**Objetivos:** 1. Obtener datos de normalización de las Attention Deficit Hyperactivity Disorder-Rating Scales-IV Preschool Version (ADHD-RS-IV) desde su idioma original, en una muestra de población española. Compararlos con los trabajos originales. 2. Realizar un estudio clínico-epidemiológico sobre TDAH en población preescolar. Estimar su prevalencia en nuestro medio. Determinar factores sociodemográficos, clínicos y de desarrollo psicomotor asociados. Valorar la repercusión funcional en los ámbitos familiar y escolar.

**Diseño:** Estudio epidemiológico poblacional multicéntrico, descriptivo transversal. Metodología: Población diana: niños <7 años de 1º a 3º de Educación Infantil de Centros Escolares (públicos/concertados), de las Comunidades Autónomas de Navarra y La Rioja, con rendimiento escolar normal (sin adaptación curricular ni necesidades educativas especiales). Muestreo polietápico-estratificado, proporcional por conglomerados. Procedimiento: Traducción y adaptación transcultural de las escalas (ADHD-RS-IV) a nuestro medio. Obtención de datos normativos en nuestra muestra.

**Variabes:** Datos de filiación, perinatales, antecedentes familiares, antecedentes de normalidad o no del desarrollo psicomotor hasta los tres años de edad, dificultades actuales en lenguaje expresivo y comprensivo, motricidad gruesa y fina, aprendizaje escolar, emociones, concentración y relaciones interpersonales.

**Instrumentos de medida:** ADHD-RS-IV para preescolares (padres y profesores). Cuestionario SDQ (Strengths and difficulties Questionnaire)<sup>2</sup>

**Resultados:** Evaluamos 1.171 niños (50.4% varones). Edad media de 4,73 años (IC95% 4.68-4.78). La prevalencia de la población en “riesgo de TDAH” fue del 4,1% (IC95% 2.9-5.3). El análisis bivariante mostró diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) entre la sospecha de TDAH y sexo varón, consumo de tabaco en el embarazo, adopción, antecedentes familiares de TDAH, percepción parental de dificultades en el desarrollo psicomotor en las áreas de lenguaje expresivo, comprensión, psicomotricidad fina, aprendizaje global, alteración emocional, concentración, conducta, relaciones con los compañeros y mayor carga familiar. El análisis multivariante mediante regresión logística mostró una correlación significativa de “riesgo de TDAH” con historia familiar de TDAH (OR=2.56 IC95% 1.09-6.03) y percepción parental de dificultades en diversas áreas del desarrollo (OR=5.49 IC95% 2.01-14.37). Las variables específicas en el desarrollo psicomotor asociadas fueron las preocupaciones de los padres sobre el comportamiento (OR=9.33 IC95% 4.25-20.49), la atención (OR=6.81 IC95% 3.06-15.16) y la habilidad motora fina (OR=3.36 IC95% 1.15-9.81).

**Conclusiones:** La prevalencia de TDAH en niños preescolares en nuestra medio es similar a las publicadas internacionalmente. Es aconsejable realizar una evaluación para TDAH en niños preescolares que manifiesten (en casa y/o escuela) alteraciones en el comportamiento, la atención y las habilidades motoras finas especialmente ante la presencia de historia familiar de TDAH. Nuestros resultados son indicativos de que la detección precoz de TDAH debe iniciarse en edades preescolares siendo necesarios más estudios sobre este tema.

**Referencias:**

1. McGoey K.E., DuPaul G.J., et al. (2007) Parent and Teacher Ratings of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Preschool: The ADHD Rating scale-IV Preschool Version. *J Psychopathol Behav Assess.* 29:269-276.
2. Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 38:581-586.

## “¿ES EFECTIVO EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PSICOSOCIALES DE TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL PARA ADOLESCENTES?”

Aránzazu Fernández Rivas

*Doctora en Medicina y Cirugía. Especialista en Psiquiatría. Profesora asociada del Departamento de Neurociencias de la Facultad de Medicina de la Universidad del País Vasco. Tutora residentes de Psiquiatría*

**INTRODUCCION:** En los últimos años han aparecido investigaciones que evalúan la eficacia de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) en adolescentes con problemas de impulsividad y/o desregulación emocional con resultados alentadores. Nelson-Gray y colaboradores (1) hallaron una reducción significativa de los síntomas del Trastorno Negativista Desafiante y de síntomas externalizantes (CBCL, Child Behavior Checklist) según la valoración de cuidadores. Además, los menores informaron de una reducción en los síntomas internalizantes (YSR, Youth Self Report) y en depresión (CDI, Child Depression Inventory).

**HIPÓTESIS:** Tras la participación en el entrenamiento, los adolescentes sufren una mejoría tanto en clínica internalizante como externalizante. Los adolescentes tras finalizar la formación en habilidades precisan menor número de atenciones urgentes e ingresos.

**OBJETIVOS:** Valorar la respuesta clínica al entrenamiento grupal de habilidades (TDC) en adolescentes con patología de impulsividad y/o desregulación emocional.

**MATERIAL Y METODOS:** La población del estudio consta de un total de 69 adolescentes, 65,2% mujeres con una edad media de 15,71 años. Dicha población ha seguido el programa de entrenamiento en habilidades de TDC en su adaptación para adolescentes (2). Los criterios de inclusión son: edad 14-18 años, ambos sexos, presentar síntomas de impulsividad y/o desregulación emocional, residir en Vizcaya. El programa se distribuye en 16 sesiones de dos horas de duración de frecuencia

semanal en el que se abarcan cinco módulos: habilidades de conciencia, tolerancia al malestar, regulación de las emociones, efectividad interpersonal y avanzando por el camino del medio. Se lleva a cabo por terapeuta y coterapeuta con 6-8 adolescentes en cada grupo. Se inicia en Enero 2010. Se recogen variables clínicas, sociodemográficas, número de atenciones urgentes e ingresos en el año previo y posterior al entrenamiento. Los adolescentes completan el YSR y el CDI, y sus padres el CBCL antes y tras finalizar el grupo. Para el estudio estadístico se ha utilizado el SPSS 21.0 para Windows (T-student, Mc Nemar).

**RESULTADOS:** De la totalidad de los adolescentes el 87% tenían antecedentes psiquiátricos y el 63,8% tenían antecedentes de ingreso psiquiátrico. El 33,3% de los adolescentes presentaba Trastorno de conducta disocial, el 31,9% Trastorno de personalidad y en el 29% se sospechaba o se aplazaba dicho diagnóstico. Al inicio la media del CDI fue 23,09 (DT 8,99), presentando CDI en rango patológico el 82,6% de la muestra. Tras finalizar, la puntuación media del CDI fue 14,77 (DT 10,76) y solo el 17,4 % tenían un CDI patológico. Según la visión de los padres en un inicio presentaban sintomatología ansioso-depresiva el 50,7% de los pacientes disminuyendo a 8,7%. La patología internalizante se presentaba en un 71% y posteriormente en 17,4%. En cuanto a patología externalizante el descenso ha sido de un 50,7% a únicamente estar presente en el 7,2% de los pacientes. De la valoración de los adolescentes, en un inicio presentaban sintomatología ansioso-depresiva el 49,3% de los pacientes disminuyendo a 4,3%. La patología internalizante se presentaba en un 62,3% y posteriormente en 11,6%. En cuanto a patología externalizante el descenso ha sido de un 40,6% a únicamente estar presente en el 5,8% de los pacientes. Como valoración objetiva de la respuesta al entrenamiento en habilidades se valoraron atenciones urgentes e ingresos en el año previo y posterior (n=29). Las atenciones urgentes pasaron de una media de 1,69 a 1,27 y los ingresos de una media de 1,27 a 0,54. Los resultados fueron estadísticamente significativos ( $p < 0,05$ ).

**CONCLUSIONES:** Tras finalizar el entrenamiento, los adolescentes sufren una mejoría clínica, objetivada

por ellos y por sus cuidadores. • Los pacientes tras finalizar el grupo requieren menor número de atenciones urgentes e ingresos.

**REFERENCIAS:**

1. Nelson-Gray RO, Keane SP, Hurst RM, Mitchell JT, Warburton JB, Chok JT, Cobb AR. A modified DBT skills training program for oppositional defiant adolescents: promising preliminary findings. *Behaviour Research and Therapy* 2006; 44: 1181-1820. 99.
2. Miller A, Rathus J, Linehan MM. *Dialectical Behavior Therapy with suicidal adolescents*. New York, 2007.
- 3.

**BENEFICIOS PSICOTERAPÉUTICOS DEL TALLER DE ARTETERAPIA EN ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA**

*Mar Cobos Medina*

*Arteterapeuta. Licenciada en Bellas Artes. Máster Universitario de arteterapia.*

**Introducción:** El Arteterapia ofrece una forma de comunicación e intervención no amenazante para el adolescente, que facilita el acceso, la externalización y el abordaje de la psicopatología y el estrés social a través de la producción artística.

**Hipótesis:** El arteterapia es una herramienta que puede funcionar como favorecedor del proceso psicoterapéutico durante la hospitalización psiquiátrica del adolescente, en el contexto de una intervención multidisciplinar.

**Objetivos:** Describir los efectos psicológicos y relacionales del taller de arteterapia en adolescentes hospitalizados en una unidad de psiquiatría infanto-juvenil. Metodología 10 adolescentes (de 12 a 17 años de edad) de la unidad de hospitalización psiquiátrica de adolescentes del Hospital Gregorio Marañón (Madrid) participan semanalmente en la creación artística con diferentes materiales plásticos. Cada participante con el arteterapeuta, a través de la producción artística, trabajan sobre las dificultades psicológicas y relacionales externalizadas durante la sesión. Al finalizar, los

participantes ponen en común su experiencia subjetiva durante la sesión. El personal de enfermería registra el estado psicológico de los pacientes antes y después de la misma. El arteterapeuta registra los testimonios de los pacientes, sus comportamientos e interacciones durante la sesión, y sus impresiones subjetivas, para después compartir toda esta información con el equipo multidisciplinar de la unidad.

**Resultados:** Se reportan los siguientes efectos individuales y relacionales en los pacientes durante el taller: - Remiten los pensamientos obsesivos. - Disminuye su nivel de ansiedad. - Disfrutan y se evaden de las preocupaciones. - Comparten sus inquietudes y dificultades psicosociales con el grupo. - Desvelan información clínicamente relevante. - Mejora la introspección acerca de sus dificultades psicosociales.

**Conclusiones:** La comunicación del adolescente a través del proceso creativo puede mejorar el conocimiento del paciente y de los terapeutas acerca de las preocupaciones y dificultades psicosociales que expresan con mayor dificultad en otros contextos terapéuticos. Por este motivo, el arteterapia puede ayudar al abordaje psicoterapéutico de los adolescentes con un trastorno psiquiátrico en el contexto de hospitalización.

**Referencias:**

1. Avila, Noemi (2009). Talleres de arte con adolescentes hospitalizados. Una experiencia de comunicación. ISSN:1316-4910. Año 13, N°45.pag.449-456. Riley S. Art therapy with adolescents. *West J Med*. 2001 Jul;175(1):54-7.

**SENTIA: PROGRAMA DE SEGUIMIENTO INTENSIVO PARA LA SUPERVISIÓN PROACTIVA DE SEGURIDAD EN EL TRATAMIENTO DE ANTIPSICÓTICOS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA. ANÁLISIS DE LA COHORTE DE LOS PRIMEROS 100 PACIENTES INCLUIDOS.**

*Inmaculada Palanca Maresca*

*Licenciada en Medicina en Cirugía por la Universidad de Granada. Especialista en Psiquiatría en 1993 realizando la formación MIR en el Hospital Universitario*

*Puerta de Hierro Actualmente desempeña su actividad profesional como facultativo especialista en la Unidad de Psiquiatría Infantil. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Es autora de diferentes publicaciones científicas, profesora en másters universitarios e investigadora principal en varios proyectos de investigación en curso. Forma parte del Grupo de Expertos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y de la Agencia Europea del Medicamento (EMA).*

La prescripción de antipsicóticos en niños y adolescentes se ha incrementado en los últimos años. La evidencia científica de seguridad en plazo superior a seis meses es muy limitada.

**Objetivos:** SENTIA es una plataforma informática (<https://sentia.es>), financiada con fondos públicas. Sus objetivos son desarrollar un registro de farmacovigilancia corto, medio y largo plazo orientado a evaluar la seguridad, la prevención y detección precoz de efectos adversos e interacciones farmacológicas, incrementar la adherencia y alianza terapéutica del paciente y la familia.

**Material y Métodos:** Los pacientes menores de 17 años que inician tratamiento antipsicótico, independientemente del motivo de la prescripción, son monitorizados regularmente. No hay criterios de exclusión. Se presentan los resultados de la primera cohorte analizada que incluye a los primeros 100 pacientes en seguimiento. Resultados: 100 pacientes han sido incluidos (71% varones). Edad media: 12 años (3-17), un 15% menor de 8 años. El 75% de los pacientes tienen un seguimiento de más de 6 meses; y un 50% supera el año de seguimiento. El 40% eran naive antes de la inclusión en SENTIA; el 60% estaban previamente en tratamiento con antipsicótico, con una duración media de tratamiento de 18 meses. Los antipsicóticos más prescritos fueron risperidona (43.7%), aripiprazol (31.2%) y olanzapina (7.1%). Un 26% de pacientes ha cambiado de antipsicótico durante el seguimiento. En la actualidad el 44% de pacientes mantiene tratamiento con risperidona vs el 36% con aripiprazol. El 67% recibía otros tratamientos asociados (49% psicoestimulantes, 40% antidepresivos, 25% antiepilépticos), de estos el 40%

recibía al menos tres fármacos concomitantemente. Las razones más frecuentes para la prescripción fueron autismo y trastornos de espectro autista, TDHA, agresividad y retraso mental. El 53% tenían más de un diagnóstico. En relación con la evaluación de seguridad a través de la escala SMURF, el 73% de los pacientes han presentado algún efecto adverso relacionado con el tratamiento antipsicótico. Durante el seguimiento de los pacientes, 337 efectos adversos fueron identificados. Los más frecuentes fueron los problemas de apetito/peso, fatiga o debilidad, problemas de apetito/peso en 54% de los pacientes, debilidad en 24% y cefalea en 15%. En el 11.3% del total de pacientes estas reacciones adversas motivaron llevar a la interrupción del tratamiento. En cuanto a los diferentes parámetros analíticos se han evaluado específicamente la prolactina y las hormonas tiroideas (t3, t4 y TSH). Un 38% de pacientes presentó hiperprolactinemia, y un 35% alteraciones a nivel tiroideo (más frecuentemente incrementos T3). En la mayoría de ellos los niveles se normalizaron a pesar del mantenimiento del tratamiento. Un 11% de los pacientes cumplieron los criterios de NCEP ATP III para el diagnóstico de Síndrome Metabólico, y hasta un 56% tenía algún criterio diagnóstico de SM. Ningún paciente presentó alteraciones relevantes en el ECG.

**Conclusiones:** 1- Los antipsicóticos son utilizados frecuentemente para el tratamiento de cuadros no psicóticos y en combinación con otros psicofármacos. 2- El porcentaje y tipo de reacciones adversas secundarias al tratamiento anti psicótico en la población pediátrica son frecuentes. Destacan el incremento de peso, el síndrome metabólico y las alteraciones a nivel endocrino. 3- Las reacciones adversas observadas, aunque leves o moderadas, requieren un seguimiento por su posible repercusión a largo plazo. 4- La frecuencia y el tipo de reacciones adversas observadas justifica y ratifica la necesidad de un estrecho control de seguridad del tratamiento de antipsicóticos en niños y adolescentes. 5- SENTIA es una herramienta útil para la monitorización sistemática de efectos adversos de los antipsicóticos en niños y adolescentes. El alojamiento online facilita la participación multicéntrica y la inclusión de un mayor número de pacientes.

## INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL E INTERIORIZACIÓN DEL IDEAL ESTÉTICO TRANSMITIDO EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN. UN ESTUDIO COMPARATIVO EN ADOLESCENTES DE ESPAÑA Y MÉXICO

*Jazmín Lucero Munguía Godínez*

*Master en Investigación en Psicología de la Salud Diplomado en competencias docentes en el nivel medio superior. Licenciada en Psicología Experiencia Laboral: Profesora por horas en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (México)*

Insatisfacción con la Imagen corporal e interiorización del ideal estético transmitido en los medios de comunicación. Un estudio comparativo en adolescentes de España y México La difusión globalizada del ideal estético transmitido en los medios de comunicación masiva sugiere que se encontrarán las mismas preferencias y fobias estéticas alrededor del mundo, cuyo efecto más negativo es la potenciación del desarrollo de insatisfacción con la imagen corporal. De cara a llevar a cabo un estudio piloto de prevención universal de problemas relacionados con el peso y la alimentación, de los cuales uno de los factores de riesgo es la insatisfacción con la imagen corporal, con un programa basado en alfabetización de medios, se realiza un primer estudio exploratorio para conocer las características de una muestra de adolescentes mexicanos y una muestra de adolescentes españoles. Se espera que ambas poblaciones tengan características comunes en relación a las variables de estudio y, por tanto, que sea viable aplicar un mismo programa.

El objetivo de la presente investigación es comparar la insatisfacción con la imagen corporal y la internalización del ideal estético en adolescentes Mexicanos y Españoles. La muestra estuvo compuesta por 241 estudiantes de educación media superior, 113 hombres y 128 mujeres, de quince años de edad, de ambos países, con nivel socioeconómico similar; seleccionados mediante un muestreo intencional por conglomerados. En ambos países se realizaron las gestiones necesarias ante diversas Instituciones educativas y se seleccionó uno de los grupos ya establecidos en dicha institución,

al que previa firma de consentimiento informado por parte de los padres y autorización de los alumnos, se les realizó las evaluación. Los adolescentes respondieron un cuestionario de datos personales y socioeconómicos, fueron medidos y pesados para obtener su índice de masa corporal y se les aplicó el cuestionario “Body Shape Questionnaire (BSQ)” de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987) para evaluar la insatisfacción con la imagen corporal y el “Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC) de Toro, Salamero y Martínez (1994), para la evaluación de la internalización del ideal estético. Ambos instrumentos están adaptados a población mexicana y, en su caso, española. Se encontró que el índice de masa corporal entre ambas muestras, comparando de forma separada a hombres y mujeres, era similar en promedio. Los adolescentes Españoles mostraron una puntuación mayor en los indicadores de interiorización del ideal estético e insatisfacción con la imagen corporal, sin que esta diferencia llegara a ser estadísticamente significativa con la muestra de adolescentes Mexicanos. Independientemente del país, las chicas mostraron mayor insatisfacción con su imagen corporal y mayor interiorización del modelo estético que los chicos. Los resultados sugieren que, a pesar de las diferencias culturales entre poblaciones, los niveles de internalización del modelo estético que se promueve de manera global en los medios de comunicación son similares en ambas muestras, al igual que la presencia de insatisfacción con la imagen corporal. Esto tiene implicaciones en el área de salud pública, específicamente en prevención, ya que, conociendo que tenemos muestras comparables, ambas poblaciones pueden verse beneficiadas de las mismas intervenciones preventivas diseñadas para desarrollar un pensamiento crítico en relación al modelo estético transmitido en los medios, con el fin de mejorar la satisfacción con la imagen corporal. Y esto implica la optimización de recursos compartidos y la colaboración entre ambos países. Palabras clave: Imagen corporal - Interiorización del ideal estético – adolescentes – prevención – estudio transcultural.

**“EL PODER DE LA MAGIA”. EXPERIENCIA DE LOS TALLERES DE MAGIA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DE ADOLESCENTES**

*Juan Carlos Alvaro Campos*  
*Licenciado en Sociología. Máster de Formación de Formadores*

**Introducción:** La Fundación Abracadabra lleva 7 años realizando talleres de magia en 46 hospitales, centros y asociaciones de pacientes de España. Forma parte del “Proyecto Extramuros”, de la Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla La Mancha, que se constituye con el fin de acercar el arte y la cultura a los niños hospitalizados.

**Hipótesis:** Los talleres de magia mejoran a corto plazo el estado emocional de los adolescentes ingresados en una unidad de hospitalización psiquiátrica, así como la relación entre ellos y con el personal sanitario.

**Objetivos:** Describir los efectos emocionales y relacionales a corto plazo en los adolescentes y el personal sanitario de los talleres de magia, en una unidad de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil.

**Metodología:** Se realizan talleres semanales de magia en la unidad de hospitalización psiquiátrica de adolescentes del Hospital Gregorio Marañón. En ellos participan los pacientes (12-17 años) y el personal sanitario, aprendiendo técnicas y juegos de magia de forma interactiva en un ambiente lúdico. Los magos y el personal sanitario registran la experiencia emocional subjetiva de los pacientes, el comportamiento de los mismos y la interacción entre los participantes (pacientes y personal sanitario) así como el estado emocional y el comportamiento social de los pacientes inmediatamente antes y después de las sesiones. Además, mediante un cuestionario autoaplicado, el personal sanitario describe sus experiencias emocionales subjetivas durante el taller y el efecto sobre su labor asistencial.

**Resultados:** Durante el taller, los pacientes refieren sentirse más tranquilos, alegres y optimistas. El personal sanitario describe que, a corto plazo: facilita la expresión y el manejo de las emociones, disminuye el nivel de ansiedad y mejora el estado de ánimo de los pacientes; a través de la experiencia lúdica y creativa grupal favorece la interacción positiva paciente-paciente y paciente-personal sanitario y disminuye el estrés en el personal sanitario.

**Conclusiones:** Las observaciones subjetivas recogidas en este trabajo justifican la realización de un estudio cuantitativo para filiar de forma objetiva la mejoría percibida tanto por los pacientes como por personal sanitario en relación a la implementación de los talleres de magia en el contexto de un ingreso psiquiátrico hospitalario en adolescentes.

## **EL FUTURO DE LA FORMACIÓN EN PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE EN ESPAÑA ¿BASADO EN COMPETENCIAS? PROPUESTA DE TRABAJO.**

*Carlos Imaz Roncero*  
*LE Psiquiatría. Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Profesor asociado de Psiquiatría, Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. Doctor por la Universidad de Valladolid.*

**INTRODUCCIÓN:** Cualquier actividad puede ser descrita en términos de funciones o tareas y toda área de intervención demanda o requiere una serie de conocimientos, actitudes y habilidades que son identificables. Pero para ello es preciso definir donde se quiere llegar o el tipo de profesional que se quiere construir. Las competencias son una combinación de: Conocimientos, Saberes, Capacidades, Aptitudes; Habilidades, Destrezas; Normas, Procedimientos; Comportamientos, Conductas, Actuaciones, Desempeños, Experiencias, Resolución de situaciones/problemas; Actitudes, Intereses, Motivaciones; y de Valores que conforman un cuerpo doctrinal y un práctica y/o ejercicio establecido. En este momento de espera podemos ser optimistas y prepararnos, trabajando y proponiendo sobre la ya inminente especialidad de Psiquiatría del Niño y del Adolescente.

**OBJETIVOS:** Configurar una propuesta basada en competencias para la especialidad de Psiquiatría del Niño y del Adolescente que responda al proyecto de paidopsiquiatra para hoy en el estado español, que se adapte a las necesidades surgidas por los cambios sociales y a las demandas actuales del sistema sanitario.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Formación de un equipo multidisciplinar que conformarán el grupo de autores, diseñará un plan para elaborar documentos de referencia,

revisión de bibliografía y desarrollo de una propuesta.

**RESULTADOS:** Documento de trabajo que defina competencias comunes con la especialidad de Psiquiatría general, con la que conforma un tronco común, y plantear una propuesta de competencias generales y específicas en Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Definir cuáles son los componentes del núcleo básico del perfil profesional y cuáles son los elementos variables y/o electivos. El mapa de competencias y los dominios recoge diferentes elementos que incluyen los referidos al paciente como centro de atención, la promoción y prevención de la salud desde una perspectiva comunitaria, con una atención al individuo pero en su entorno social, especialmente el entorno familiar, con una gestión integral de los procesos asistenciales, con participación de equipos multi e interprofesionales, con actitudes profesionales comprometidas con el progreso, el desarrollo y con la docencia e investigación, en un contexto de uso eficiente de los recursos y con una orientación hacia los resultados. Pero además toda competencia debe permitir ser evaluada por lo que se plantearan una descripción de los niveles de dominio, indicadores y descriptores asociados a cada ámbito. Además se propondrán otras herramientas evaluativas como: la Observación Estructurada de la Práctica Clínica mediante formularios Mini-CEX; la evaluación de la actividad según las evidencias por cuadro clínico (performance in practice ó PIP); portafolio y revisión de incidentes críticos, la discusión de casos clínicos, etc. Realizar un borrador para una propuesta de trabajo consensuada y coherente que Aepnya pueda desarrollar como propuesta para la base de un programa docente de la especialidad. A raíz del documento borrador, se ofrecerá a la Asamblea de Aepnya para su discusión, debate y desarrollo, que pueda hacerse pública en la página web de la asociación y con la posibilidad de realizar un foro para favorecer la participación de los interesados. Se trataría, por tanto, de realizar un documento dinámico en el que tanto los socios de Aepnya, paidopsiquiatras, residentes, asociaciones, familiares y/o ciudadanos en general puedan realizar sus aportaciones y hacer propuestas de mejora.

**CONCLUSIONES:** Tener un documento de trabajo que permita recoger las competencias es un desafío que supera esta pequeña aportación y que solo pretende aportar un punto de reflexión y debate sobre el proyecto

de Psiquiatra del Niño y del Adolescente para el futuro, siendo un aliciente para construir éste proyecto en el presente.

## MUSICOTERAPIA-ANTIDOTO A LA IMPULSIVIDAD

*Albert Gómez Mas*

*Psicólogo Clínico área Trastornos de Conducta-ITA:  
Insitut de Trastorns Alimentaris*

**Introducción /Antecedentes:** Entendiendo la Musicoterapia como la utilización de la música y/o sus elementos (sonido, ritmo, melodía-armonía) para trabajar, promover y facilitar las habilidades físicas, emocionales, sociales y cognitivas de niños y adolescentes; la presente investigación pretende demostrar como un programa específico de Musicoterapia individual, puede mejorar el control de la impulsividad en adolescentes con patologías externalizantes, a través del entendimiento, entrenamiento y mejoría de diferentes factores relacionados con la impulsividad (motricidad fina, motricidad gruesa, atención, irritabilidad, tolerancia a la frustración, perseverancia, agresividad, control de respuestas y capacidad de diferir, entre otros); requiriéndose medir de forma previa y posterior a dicho programa de intervención, el control de estos factores relacionados con la impulsividad disfuncional. Algunos autores han demostrado como la Musicoterapia puede contribuir a la reducción de síntomas de impulsividad motora propios del Trastorno por Déficit de atención con/sin Hiperactividad-TDAH Daphne J. Rickson, 2010, al igual que es efectiva en la promoción de la prosocialidad en niños y adolescentes agresivos, quienes tienen dificultades sociales, emocionales y de aprendizaje. Watkins, 2008. Aunque no existen hallazgos de tratamiento completamente definidos, los resultados sugieren que un programa de Musicoterapia orientado en la promoción de la autonomía y creatividad en menores con conductas disruptivas, puede ayudar a niños y adolescentes a relacionarse en forma adecuada con los demás; describiéndose como la Musicoterapia activa basada en el ritmo, frente a la Musicoterapia pasiva basada en la audición, puede facilitar el proceso de auto-expresión con transformación de la frustración, la ira y la agresión, en una experiencia de creatividad y dominio de sí mismo. Louise Montello, 2009.

**Hipótesis:** La Musicoterapia puede hacer crecer la capacidad de autocontrol, disminuyendo la frecuencia de aparición de conductas impulsivas-disruptivas en niños y adolescentes con patologías externalizantes.

**Objetivos:** Demostrar como mediante el uso estratégico de un programa de Musicoterapia y sus elementos, algunos adolescentes con patologías externalizantes, pueden canalizar su impulsividad disruptiva en expresiones musicales que ayuden a su proceso de tratamiento.

**Diseño y Metodología:** Se trata de un estudio experimental, longitudinal de intervención, donde se realizan diez sesiones individuales y específicas de musicoterapia en 10 pacientes adolescentes ingresados en el Instituto de Trastornos Alimentarios-ITA programa de conducta, con diagnóstico de patologías externalizantes y déficit en el control de impulsos (Trastorno por Déficit de Atención con/sin Hiperactividad, Trastorno Negativista Desafiante, Trastorno de Conducta, entre otros), fundamentado en un entrenamiento con ejercicios musicales que implican tanto técnicas receptivas (basadas en la audición), como activas (basadas en la producción musical con el uso de instrumentos), el control de su impulsividad, y donde la autosuperación de los propios resultados de la sesión anterior, son el motor motivacional de la implicación en el tratamiento del paciente, objetivizando dicho control en la medición previa y posterior de la impulsividad a través de BIS.11 (Barratt Impulsiveness Scale) y expresión subjetiva de resultados.

**Resultados / Conclusiones:** Con la finalización del entrenamiento y estrategias en Musicoterapia, obtendríamos una mejoría en el control de dicha impulsividad disruptiva, tanto en los aspectos específicos de su cuadro patológico, como generales en su factor social, disminuyendo así la frecuencia de aparición de conductas disfuncionales-impulsivas y aumentando su capacidad de autocontrol.

#### Referencias

1. Instructional and improvisational models of music therapy with adolescents who have attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a comparison

of the effects on motor impulsivity. Rickson DJ. *J Music Ther.* 2006 Spring;43(1):39-62.

### EXPERIENCIA PRELIMINAR CON UN NUEVO PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ALTO RIESGO DE SUICIDIO

*María Dolores Picouto González*

*Psiquiatra Infantil en Hospitalización Parcial de Psiquiatría del Hospital Materno-Infantil Sant Joan de Déu (Barcelona) y en el Programa de Atención a la Conducta Suicida.*

**Introducción:** El suicidio es la segunda causa de mortalidad en adolescentes de entre 15 y 19 años. El Servicio de Urgencias del Hospital Materno-infantil Sant Joan de Déu (HSJD) de Barcelona recibe entre una y cuatro demandas por conducta suicida a la semana. Son pacientes con alto riesgo vital cuyo manejo suele ser complejo y con un riesgo significativo de perderse en la transición desde el hospital a los dispositivos ambulatorios.

**Hipótesis y Objetivos:** Un programa protocolizado de atención a pacientes con alto riesgo suicida atendidos en urgencias disminuirá el número de reintentos de suicidio y minimizará la pérdida de pacientes en la transición entre dispositivos de atención.

**Diseño:** La atención al paciente se estructurará en diferentes pasos; (1) Evaluación multidisciplinar en urgencias por parte de Pediatría y Psiquiatría, (2) Ingreso breve (24-48h) en camas de Pediatría a cargo de Psiquiatría, (3) Programación de la atención ambulatoria post-alta y (4) Seguimiento post-alta. Se evaluará (1) el número de reintentos de suicidio en el siguiente año (total de reintentos y número de reintentos/paciente) (2) el número de pacientes que no han acudido a la primera visita post-alta.

**Resultados preliminares:** Entre Noviembre de 2013 y finales de Febrero de 2014 se atendieron 62 pacientes

dentro del programa. El 50% de los pacientes atendidos habían presentado algún tipo de conducta suicida previa. Un solo paciente realizó una nueva tentativa suicida en este periodo (1,6%). El 100% de los pacientes acudieron a citas post-alta en diferentes dispositivos de derivación.

**Discusión:** Los resultados preliminares sugieren que el nuevo programa de atención protocolizada a conducta suicida en urgencias logra una adecuada transición de los pacientes entre dispositivos y asegura un bajo riesgo de reincidencia. Es necesario ser cauto en la interpretación de los resultados puesto que no se ha concluido el periodo de seguimiento propuesto.

**Referencias:**

1. Nock M, Greif J, Hwang I, et al. Prevalence, correlates and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents. *JAMA Psychiatry* 2013;70(3):300-310.
2. Hawton K, Saunders K, O'Connor R. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet* 2012;379:2373-82.
3. Pfeffer C. Diagnosis of childhood and adolescent suicidal behavior: Unmet needs for suicide prevention. *Biol Psychiatry* 2001;49:1055-1061.
4. National Collaborating Centre for Mental Health. Self-harm: longer term management. NICE clinical guideline 133. London: National Institute for Clinical Excellence, 2011.
- 5.

**EVALUACIÓN DEL ESTADO INMUNONUTRICIONAL DE PACIENTES CON TCA, EN ADMISIÓN**

Ana María Elegido Fluiters

Licenciada en Ciencias Biológicas. Universidad Complutense de Madrid. (2012) Licenciada en Ciencia y Tecnología de los Alimentos. Universidad Complutense de Madrid. (2004). Máster en TCA y obesidad, Universidad Europea de Madrid. (2011) Actualmente: Doctorando. Grupo de Inmunonutrición. Instituto de Ciencia y Tecnología de Alimentos y Nutrición (ICTAN-CSIC) Madrid.

**Introducción:** Algunas de las alteraciones inmunohematológicas observadas en trastornos del comportamiento alimentario (TCA) son leucopenia y linfocitosis rela-

tiva (aumento del porcentaje de linfocitos sin aumento de su número absoluto). La última parece ser, según la literatura, un mecanismo de adaptación a este particular tipo de malnutrición. Objetivo: Estudiar la influencia del grado de malnutrición y del subtipo diagnóstico sobre la variación en el recuento de leucocitos, y sobre el porcentaje y número de linfocitos.

**Diseño y metodología:** Se incluyeron 50 pacientes femeninas adolescentes (11 - 17 años) evaluadas en el programa de admisión del HUNJ entre (Octubre 2013 y Febrero de 2014), con un primer diagnóstico de TCA (1 trastorno de conducta alimentaria no especificado (TCANE), 10 anorexia nerviosa purgativa (ANP), 19 AN restrictiva (ANR), 13 bulimia nerviosa (BN), 7 TCA en curso). Se analizaron el número de leucocitos y porcentaje y número de linfocitos obtenidos en un contador hematológico automático (ADVIA 120). Los resultados se compararon con los de un grupo control de 90 niñas sanas de la misma edad mediante test T de student. Además, se analizó la correlación, por grupos de edad (11-14 y 15-17 años), del Z-score del IMC con el número de leucocitos y el porcentaje de linfocitos. Finalmente, se realizó un modelo lineal general para analizar conjuntamente la influencia de Z-score, edad y subtipo diagnóstico sobre la variabilidad del porcentaje de linfocitos. Resultados: El Z-score del IMC para cada grupo fue: (-1.36±0.47, -0.67±0.72, 0.31±1.73, -0.64±0.58 y 0.093±1.1 para ANR, ANP, BN y TCA en curso, y controles, respectivamente). Tan sólo en ANR se observa una tendencia a la leucopenia (p=0.005). BN y ANP mostraron valores inferiores de linfocitos que las controles. ANR mostró un valor más elevado de porcentaje de linfocitos que las controles sin diferencias entre ambos grupos en el número absoluto (p=0.33), lo que pone de manifiesto la linfocitosis relativa en este grupo. Existe una correlación positiva entre el Z-score del IMC y el número de leucocitos e inversa con el porcentaje de linfocitos en ambos grupos de edad. El factor Z-score del IMC y la edad muestran una influencia significativa en la variabilidad del porcentaje de linfocitos (p= 0.010 y p= 0.006 respectivamente), mientras que la variable subtipo diagnóstico no muestra influencia alguna (p=0.836).

**Conclusiones:** Las pacientes con TCA presentan diferentes alteraciones en su sistema inmunológico dependiendo del tipo de diagnóstico. El bajo peso

se asocia con la tendencia a la leucopenia y con la linfocitosis relativa, que es más patente sobre todo en ANR. Sin embargo, las pacientes BN presentan un bajo número de linfocitos, en comparación con controles, por lo que cabe preguntarse cuáles son los factores, no relacionados con el peso, que influyen en las alteraciones de su sistema inmune.

### COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y EDAD DE INICIO EN LA ANOREXIA NERVIOSA: UN ESTUDIO CASO-CONTROL

*Montserrat Graell Berna*  
*Licenciada en Medicina y Cirugía*

**Introducción:** Un estudio de meta-análisis reciente analizó el papel de las complicaciones obstétricas (COs) como factor de riesgo en el inicio de un trastorno del comportamiento alimentario concluyendo que los resultados eran inconsistentes. Por otra parte, no existen estudios que examinen la relación entre las COs y la edad de inicio de la enfermedad en muestras preadolescentes.

**Objetivo:** Examinar las COs entre pacientes adolescentes con Anorexia Nerviosa (AN) en el inicio de la enfermedad en comparación con controles sanos. También se exploraron las diferencias en la frecuencia de las COs entre preadolescentes con AN versus adolescentes con AN.

**Método:** Estudio de caso-control, de 150 pacientes con AN recogidos en la Unidad de Trastornos de la Alimentación y 55 controles sanos recogidos de dos Institutos públicos, utilizando la Escala de Complicaciones Obstétricas de Lewis-Murray.

**Resultados:** COs definitivas se produjeron con una frecuencia similar en las dos muestras AN en comparación con los controles sanos(35%). Se observó una tendencia en el sangrado durante el embarazo en la muestra de adolescentes con AN, en comparación con la muestra de controles sanos(14,6% frente a 5,5%, $p=0,08$ ). En cuanto a los COs dudosas, la única diferencia fue el bajo peso al nacer( $<2.500$  g) entre el total de la muestra con AN en comparación con los controles sanos( $p=0,04$ ). No hubo diferencias significativas entre la muestra de preadolescentes con AN versus adolescentes con AN en relación a las COs.

**Discusión:** El bajo peso al nacer es el única CO que puede estar asociada con la aparición temprana de la AN en la muestra de preadolescentes y adolescentes, lo que puede descubrir mecanismos nutricionales tempranos que subyacen al desarrollo de la anorexia nerviosa.

**Agradecimientos:** Autores agradecen la ayuda proporcionada por Fundación Alicia Koplowitz y FIS (PI08/1832). Ana R. Sepúlveda tiene un contrato Ramón y Cajal (RYC-2009-05092) y Beca Ministerio Economía y Competitividad (PSI2011-23127). Referencias: Krug, I Taborelli E, Sallis H, Treasure J, Micali N.A systematic review of obstetric complications as risk factors for eating disorder and a meta-analysis of delivery method and prematurity. *Physiol Behav.* 2013;17,109:51-62 Lewis SW, Murray RM. Obstetric complications, neurodevelopmental deviance, and risk of schizophrenia. *J Psychiatr Res* 1987;21:413-21.

### COMPARATIVA DE LAS URGENCIAS EN PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO EN 2012 Y 2013

*Silvia Gutiérrez Priego*  
*Licenciada en Medicina y Cirugía, especialista en psiquiatría desde 2006, Trabaja como psiquiatra infanto-juvenil desde julio de 2006 en el Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Universitario del Niño Jesús; trabajando tanto en consulta ambulatoria de trastornos del neurodesarrollo como en la unidad de hospitalización de Trastornos de la conducta alimentaria.*

**INTRODUCCIÓN/ANTECEDENTES:** Una buena parte de las urgencias psiquiátricas acuden al servicio de urgencias del hospital, buscando una solución inmediata a su problema. Durante los últimos años, la urgencia psiquiátrica se ha incrementado, siendo la urgencia la vía de entrada a los servicios de salud mental y constituyendo urgencias, situaciones que no son propiamente sanitarias.

**HIPÓTESIS Y OBJETIVOS:** Conocer las patologías de la población infanto-juvenil que acude al servicio de urgencias del Hospital Universitario Niño Jesús de Madrid, en los años 2012 y 2013. Analizar los cambios existentes en: la frecuencia, edad, tipo de patología y necesidad de ingreso; para elaborar procedimientos de derivación, tratamiento y coordinación con los servicios sanitarios ambulatorios, apropiados a la demanda real de

la población Comprobar la repercusión que la situación económica de crisis en la sanidad y en las familias, tienen en la psicopatología infanto-juvenil.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se revisaron todos los casos que acudieron al servicio de urgencias en los años 2012 (n=477) y 2013 (n=611), recopilándose datos sociodemográficos: procedencia, motivos de urgencias, patologías, edades, sexo, presencia de contención familiar, seguimiento ambulatorio y la necesidad de ingreso.

**RESULTADOS:** En 2013 se produce un incremento de la urgencia en un 10-15%, el grupo de 12 a 17 años y de niñas es el que más se incrementa (de 67.5% a 75%), los trastornos de ansiedad son la patología más frecuente (del 32.5% al 29.85), seguidos de los trastornos de conducta (del 30% al 28%), TCA (del 24% al 27%) y trastornos afectivos (del 7% al 10.5%). El porcentaje de ingresos se incrementa en 40%.

**CONCLUSIONES:** Se aprecia un incremento de la urgencia en 2013, y de las principales psicopatologías infanto-juveniles (trastornos de ansiedad y conducta, ideación autolítica) y en nuestro caso (al ser centro de referencia) de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. En un gran porcentaje de casos que no precisan ingreso, la urgencia funciona como primera consulta en salud mental, supliendo las deficiencias actuales del sistema sanitario.

**REFERENCIAS ESENCIALES:**

1. Alda JA. Gabaldón S. Urgencias psiquiátricas. En Soutullo, C.Mardomingo. (eds). Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Madrid: Editorial Médica Panamericana.2010; 382-394.
2. Gabaldón S. Alda JA. Introducción a las urgencias psiquiátricas del niño y del adolescente. En: Alda JA, Gabaldón S (eds.): Urgencias psiquiátricas en el niño y el adolescente. Barcelona: Masson, 2006; 3-10

**FACTORES DE RIESGO DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL ¿QUÉ EFECTOS TIENEN Y CÓMO SE RELACIONAN?**

Yuria Cruz Alaniz

*Licenciatura en Psicología por la Universidad del Valle de México y obtuvo el grado de Maestra en Ciencia del Comportamiento por la Universidad de Guadalajara, México. Desde el 2012 está estudiando el doctorado en Psicología Clínica y de la Salud en la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Ha trabajado como terapeuta clínica en el Instituto de Neurobiología de la Universidad Autónoma de México (UNAM). Por ahora su interés principal es el estudio de los trastornos de conducta infantiles.*

**Introducción.** El Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) tiende a presentar una comorbilidad con el Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD) del 60%. Además, los niños que cumplen los criterios para ambos trastornos tienen más probabilidad de desarrollar un Trastorno de Conducta (TC) que después puede derivar en un Trastorno de Personalidad Antisocial (TPA). El desarrollo de estos trastornos se mantiene y es persistente debido a otros factores, como la pobreza, la agresión, poco control inhibitorio, hiperactividad y mala crianza. El esfuerzo terapéutico por cambiar este pronóstico ha sido sustancial porque representa un reto para los padres, terapeutas y profesores.

**Objetivo.** Se puso a prueba un Modelo de Ecuaciones Estructurales (SEM) con el objetivo de evaluar como las Funciones Ejecutivas (FE) de los padres, la sintomatología de TDAH+TOD y el estilo de crianza (rechazo), inciden sobre las FE de los hijos. Se comparó la evolución del modelo en niños de preescolar y primaria.

**Material y métodos.** La población se eligió a través de un muestreo por conglomerados de 8 escuelas de la comarca del Bages, Catalunya, España. Participaron niños/as de edad preescolar y de primaria: 100 niños/as de 3 a 6 años (media= 3.9, DS= .85) y 123 de 6 a 12 años de edad (media= 8.24, DS= 1.68). Se evaluó el estilo de crianza con el EMBU-P, las sintomatologías con el Child Symptom Inventory-4 (CSI-4) y Early Childhood Inventory (ECI-4) y las FE con el Behaviour Rating Inventory of Executive Function (BRIEF, BRIEF-P y BRIEF-A). El análisis se realizó con el Modelo de Ecuaciones Estructurales (SEM).

**Resultados.** El modelo de preescolares presenta un ajuste muy bueno (SRMR = 0.08; CFI= 0.96; TLI = 0.94;

$\chi^2 = .07$ ;  $\chi^2/df = 1.26$ ; RMSEA = 0.05). Las FE de los padres, las sintomatología y el rechazo de los padres inciden sobre las FE de los niños, con excepción de la flexibilidad cognitiva. Solo las FE de la madre, y no del padre, se asocian significativamente sobre el rechazo; y éste a su vez se asocia a la sintomatología. En los niños de primaria se encontraron hallazgos similares. Los índices de ajuste fueron excelentes (SRMR = 0.07; CFI= 0.98; TLI = 0.96;  $\chi^2/df = 1.28$ ; RMSEA = 0.049). Las FE de los padres, las sintomatologías y el rechazo afectan todas las FE de los niños, en especial al control emocional y la inhibición. También se replicó la relación de las FE de la madre y no del padre, así como el rechazo con la sintomatología.

**Conclusiones.** Se discuten los resultados de acuerdo a los factores de riesgo del TPA, a qué edad se presentan y qué efectos tienen a lo largo de la infancia. Se recomienda la intervención clínica temprana, al presentarse primeros síntomas de TDAH y TOD, y así evitar el deterioro de las FE.

### INTERVENCIÓN EN SITUACIÓN DE CATÁSTROFE: DESCRIPCIÓN DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA REALIZADA EN UN ÁREA DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

*María Tajés Alonso*

*Médico especialista en Psiquiatría. Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil. Servicio de psiquiatría*

**Introducción:** El 24 de Julio de 2013 un accidente ferroviario sacudió el corazón de Galicia, contándose por centenares los afectados por las consecuencias directas de tan dramático suceso. En estas circunstancias, y de modo espontáneo y voluntario, el personal sanitario aunó esfuerzos para atender a los afectados por la catástrofe.

**Objetivos:** Con el presente trabajo queremos describir la actuación realizada en las horas inmediatamente posteriores a la tragedia, las dificultades con las que nos encontramos, y la respuesta psicológica observada en niños y familias. No es la intención de este trabajo servir de modelo, pero si el hacer una reflexión crítica de la intervención llevada a cabo.

**Material y métodos:** Estudio naturalístico descriptivo

de las necesidades de los pacientes y las intervenciones psicoterapéuticas en crisis llevadas a cabo en el servicio de urgencias pediátricas hospitalarias, y la evolución de los casos a los 6 meses.

**Resultados:** Durante las 12 horas posteriores al accidente 10 pacientes menores de 15 años requirieron de atención en urgencias pediátricas. Se llevó a cabo una labor de acompañamiento por parte de un psiquiatra, una enfermera y varios pediatras. Se prioriza la valoración física y la identificación al menor. Las dificultades principales fueron la edad, las alteraciones del estado de conciencia y la ausencia de informadores. Se procede a la localización de progenitores, algunos de ellos también bajo asistencia médica, o datos de contacto que permitan informar a un familiar responsable de la situación clínica y localización del niño. El facilitar un área de atención de baja estimulación, donde atender a las necesidades de cuidados básicos (higiene, alimentación, sueño) consigue disminuir de forma notoria los niveles de ansiedad experimentados. Una vez logrado, se posibilita, si bien no de forma proactiva, la expresión emocional si se presenta tal demanda. Una herramienta útil de cara a disminuir pensamientos rumiativos en los más pequeños es la narrativa de cuentos. En algunos casos fue necesario utilizar técnicas de control respiratorio, relajación e imaginación. Ninguno de los pacientes requirió de uso de psicofármacos para mejorar los síntomas ansiosos. Aunque ninguno de los pacientes pertenece al área de referencia, para los pacientes externalizados se proporciona a las familias teléfono de contacto para responder a las necesidades que puedan surgir en los días sucesivos. El seguimiento es realizado en sus áreas de referencia. En la tabla 1 se describen las características clínicas de la muestra.

**Conclusiones:** La intervención en crisis está fundamentalmente destinada a aliviar el sufrimiento; el adecuado manejo del entorno (fomentando la seguridad y la disponibilidad de un adulto de referencia) así como técnicas psicoterapéuticas pueden minimizar el requerimiento de intervenciones farmacológicas.

#### Referencias:

1. Manual de psiquiatría del niño y del adolescente. Asociación española de psiquiatría del niño y del adolescente. Child Psychiatry . 2nd Edition. R. Goodman. Blackwell publishing .

---

 PÓSTERES
 

---

**EFICACIA DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE “CUENTA CONMIGO” PARA PREVENIR LA VIOLENCIA ESCOLAR.**

*Jose Antonio Jiménez Barbero*

*Doctor por la Universidad de Murcia. Diplomado en Enfermería por la Universidad de Murcia. Especialista en Salud Mental Máster en “Salud, Mujer y Cuidados Responsable de Formación e Investigación del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Murcia*

**Introducción:** La violencia escolar es un fenómeno de interés creciente debido a la repercusión que puede tener para la salud física y mental de los jóvenes (1, 2). Distintos estudios han asociado el acoso escolar con las actitudes de los jóvenes hacia la violencia (3), lo que ha conducido a que muchos programas de intervención se hayan enfocado en este sentido. Sin embargo, en ocasiones, el alto coste humano y económico que suponen puede dificultar su aplicación en algunos centros escolares (4).

**Objetivo:** Evaluar la eficacia de una intervención breve orientada a la modificación de las actitudes hacia la violencia con el fin de reducir el fenómeno de la violencia en el ámbito escolar. **Material y métodos:** Se llevó a cabo un ensayo clínico aleatorizado al objeto de evaluar los efectos del programa de elaboración propia “Cuenta Conmigo”, dirigido a reducir la violencia escolar. La muestra se obtuvo en un Instituto de Enseñanza Secundaria, e incluyó 252 alumnos con edades comprendidas entre 12-15 años. Diez aulas fueron asignadas aleatoriamente a la intervención o a una lista de espera (1:1). Los participantes y los evaluadores fueron cegados a la asignación de las aulas. El pre-test se llevó a cabo simultáneamente en ambos grupos. Finalizada la intervención, se llevó a cabo la evaluación post-test cuatro meses después.

**Resultados:** Los resultados muestran una reducción significativa en la violencia percibida por los escolares en el patio, especialmente entre las niñas. Sin embargo no se obtuvieron reducciones significativas en las actitudes mostradas por los adolescentes hacia la violencia.

**Conclusiones:** Un programa de intervención breve, basado en actitudes puede reducir la violencia percibida por los adolescentes en el ámbito escolar. No obstante, sería recomendable llevar a cabo estudios más potentes de carácter multicéntrico, empleando muestreos probabilísticos, y con tamaños muestrales mayores, a fin de poder confirmar los resultados aquí presentados, y extender las conclusiones a toda la población escolar.

**Referencias esenciales**

1. Gini G, Pozzoli T. Association between bullying and psychosomatic problems: a meta-analysis. *Pediatrics* 2009;123(3):1059-65.
2. Jiménez-Barbero JA, Ruiz-Hernández JA, Llor-Esteban B, Pérez-García M. Effectiveness of antibullying school programmes: A systematic review by evidence levels. *Children and Youth Services Review* 2012;34(9):1646-58.
3. Andreou E, Didaskalou E, Vlachou A. Outcomes of a curriculum-based anti-bullying intervention program on students' attitudes and behavior. *Emotional and Behavioural Difficulties* 2008;13(4):235-48.
4. Farrell AD, Meyer AL, White KS. Evaluation of Responding in Peaceful and Positive Ways (RIPP): A School-Based Prevention Program for Reducing Violence Among Urban Adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology* 2001;30(4):451-63.

**ANOREXIA NERVIOSA EN LA INFANCIA. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS.**

*Alicia Díaz de la Peña*

*Psiquiatra del Centro de Salud Mental Infantil de Oviedo.*

**Introducción:** Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son una de las enfermedades crónicas más frecuentes en adolescentes y se caracterizan por tener una alteración definida del patrón de ingesta o de la conducta sobre el control del peso, que produce un deterioro físico y psicosocial. Conocidos desde hace más de dos siglos, se ha producido un incremento progresivo de su incidencia y prevalencia en los últimos años. La

edad de comienzo de la Anorexia Nerviosa (AN) más frecuente es la adolescencia o la juventud; sin embargo, se está observando la aparición de dicho trastorno en pacientes cada vez más jóvenes. El diagnóstico precoz de los TCA es fundamental en el pronóstico. La evaluación del estado mental se realizará explorando tanto los síntomas específicos del trastorno como los síntomas inespecíficos.

**Material y métodos:** Presentamos dos casos diagnosticados de AN en niñas prepúberes. Analizamos edad, síntomas principales que presentaban y evolución.

**Resultados:** De todos los pacientes atendidos por primera vez en nuestro centro (597) en el año 2013, dos pacientes prepúberes han presentado sintomatología compatible con TCA.

**Conclusiones:** Se está observando un aumento de la aparición de los TCA en pacientes cada vez más jóvenes. Dentro de los síntomas principales de la AN nuestra pacientes no presentaron alteración del esquema corporal, aunque sí otros de los síntomas típicos de la enfermedad. La rápida intervención del Pediatra en ambos casos facilitó a las familias desarrollar estrategias de manejo por lo que ninguna de ellas desarrolló malnutrición. Por nuestra parte, se realizan varias consultas de intervención terapéutica, principalmente con las familias, además de realizar una exploración completa de las niñas para descartar la posibilidad de otros trastornos comórbidos.

#### Bibliografía:

1. Tratado de Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia. Wiener y Dulcan. Elsevier.
2. Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. A. Chinchulla Moreno. Ed. Masson

## ME QUIERO TANTO QUE LLEGO A ODIARME

*Victoria Muñoz Martínez*  
*Medico residente de cuarto año.*

Dentro de las conductas antisociales existe una personalidad narcisista de base en los adolescentes y hay que diferenciar entre el narcisismo normal de la

adolescencia con el patológico, cuyas alteraciones de la personalidad se mantienen y no se contrarrestan con el desarrollo posterior del niño.

Varón de 16 años ingresado en la UHBIJ por sobreingesta medicamentosa tras una discusión con su padre tras haberle negado éste jugar en la red. Previamente el paciente llevaba tres años en tratamiento por alteraciones conductuales. Durante el ingreso el paciente presenta actitud pasivo agresiva, problemas conductuales y negativismo defensivo. Atemoriza a sus compañeros sólo para divertirse. Ocasionalmente presenta tristeza, sentimientos de soledad y pesimismo. Siente que los demás son más felices que él y está insatisfecho con su propia vida. El paciente no ha tenido un patrón de límites y normas estables lo que hizo que éste crease su propio código ético que chocaba con ciertas normas sociales y familiares. Descrito como introvertido, poco sociable y con dificultades académicas que le han llevado al fracaso escolar. Debido a estos rasgos se le diagnostica de trastorno de personalidad narcisista con rasgos disociales de la personalidad. Es posible diagnosticar un trastorno narcisista en la adolescencia pero sabiendo que cierto grado de narcisismo durante la adolescencia facilita tanto la individuación como la construcción de una autoimagen y autoestima necesarias para el establecimiento de la personalidad adulta. En el narcisismo patológico, el adolescente se identifica con el self ideal y no siente ninguna gratificación por sus logros escolares o personales, por lo que tiende a abandonarlos. A veces pueden presentar una depresión marcada y un gran aislamiento social. Normalmente, estos pacientes llegan a las urgencias psiquiátricas por intentos de suicidio, depresión o problemas de drogas.

1. Kernberg, Paulina F. Narcissistic personality disorder in childhood. *Psychiatric Clinics of North America*, Vol 12(3), Sep 1989, 671-694.
2. Aberarstury A. La adolescencia normal: Un enfoque psicoanalítico, Ediciones Paidós, Buenos Aires, 1997.

## DIME QUIEN SOY YO.

*Victoria Muñoz Martínez*  
*Medico residente de cuarto año.*

Los TP en adolescentes surgen por una interacción entre el temperamento y los eventos adversos de la vida.

Los síntomas comienzan con la pubertad y son estables en el tiempo generando disfuncionalidad en diferentes áreas. Presentamos el caso de una paciente con un primer ingreso a los 14 años por síntomas alimentarios. Desde ese momento ha permanecido ingresada durante 4 años con altas de corta duración y deterioro de las áreas de funcionamiento. Los reingresos fueron secundarios a intentos autolíticos graves con cierto componente movilizador del medio. Desde los 14 años la paciente presenta problemas a nivel interpersonal con severa difusión de la identidad. Durante los años que permaneció ingresada tuvo parejas de diferente sexo y estableciendo relaciones sádicas y comportamientos psicopáticos en algunos momentos. Refiere síntomas depresivos crónicos, sensación de vacío e intensa ansiedad cognitiva. La paciente fue diagnosticada de trastorno de personalidad límite grave debido a la disfunción en múltiples áreas, la presencia de difusión de la identidad y al carácter estable de estas alteraciones en el funcionamiento. Se establece el diagnóstico de TP límite con rasgos antisociales a pesar de ser menor de edad. Se trabajó con diferentes modalidades terapéuticas pero la presencia de rasgos antisociales de personalidad hace que no se consiga un efecto terapéutico óptimo. En los niños con un TP los síntomas se remontan a finales de la infancia o principios de la adolescencia y son estables en el tiempo. Uno de los criterios para diagnosticar un TP en adolescentes es la Difusión de Identidad del adolescente, de hecho se está realizando un nuevo enfoque psicoterapéutico focalizado en la difusión de Identidad del Adolescente y que ha sido desarrollado para trabajar esta característica central de los TP Schmeck K et al.

The role of identity in the DSM-5 classification of personality disorders. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2013 Jul 31;7(1):27

### ANSIEDAD SOCIAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA: REVISIÓN DE LOS TRATAMIENTOS BASADOS EN LA EVIDENCIA Y EMPÍRICAMENTE PRUBADOS

*Ester Camprodon Rosanas*  
*Psicóloga Infantil Juvenil*

**Introducción:** Recientemente, se ha producido un incremento en la atención hacia los tratamientos psicológicos basados en la evidencia, especialmente en

los trastornos de ansiedad de la infancia.

**Objetivo:** Revisión sistemática de tratamientos empíricamente validados en la evidencia en AS.

**Material y métodos:** Términos búsqueda: social anxiety children/adolescents/utility studies/treatment, social phobia children/adolescents, evidence based practice. Criterios inclusión: a) referirse a tratamiento niños/adolescentes con AS utilizando procedimientos diagnósticos reconocidos internacionalmente, b) aplicar tratamiento psicológico y/o farmacológico c) medidas postest, d) escrito en inglés/castellano e) estar publicado entre 1980-2014. Clasificación estudios según criterios del Grupo de Trabajo Intervenciones Psicológicas, División 12. De 170 trabajos, 38 excluidos por incumplir algún criterio de inclusión.

**Resultados:** Metanálisis realizado por la NICE (2013) comparando TCC con lista de espera muestran una clara recuperación clínica al postratamiento, efecto medio (RR = 0.65, 95% CI = 0.50 a 0.85). La TCC-I, TCC-G (en las dos variantes con padres y para AS) y el programa SET-C presentan una probable eficacia, existen al menos dos estudios que muestran diferencias estadísticamente significativas superiores al GC (lista de espera). Las guías empíricas recomiendan principalmente dos programas útiles: el Coping Cat Program y SET-C. Metanálisis realizado por Reynolds, (2012), la media del tamaño del efecto que evalúa la TCC fue entre moderada-grande ( $d = -0.79$ ; IC =  $-1.39 - 0.19$ ). La intervención farmacológica y la TCC son superiores a cualquier otro tratamiento, Recomendando realizar tratamientos combinados. El protocolo IAFS ha demostrado ser útil y eficazmente probado en ámbito escolar ( $d = 1.01$ ).

**Conclusiones:** 1. TCC en sus dos modalidades es eficaz para tratar TA y específicamente AS 2. Es recomendable inclusión en los tratamientos a padres/tutores 3. Se requieren más estudios de asignación aleatoria comparados con GC para evaluar tratamientos eficaces en la AS en el ámbito clínico.

#### Referencias:

1. Silverman et al. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal*

for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53, 37, 105-30.

### “SIN PALABRAS”

*Sandra Fuentes Márquez*  
*Licenciada en Psicología Residente de Psicología Clínica*

**Introducción:** En el presente trabajo se describe un caso clínico de una paciente diagnosticada de trastorno somatomorfe en la infancia. La somatización se refiere a un proceso que lleva a buscar ayuda médica por síntomas físicos que son erróneamente atribuidos a una enfermedad orgánica. Es un diagnóstico básicamente por exclusión y el único dato de evidencia es la relación temporal entre el síntoma físico y determinados acontecimientos vitales estresantes. Su importancia clínica viene determinada por la elevada prevalencia de los mismos, la pobre calidad de vida, el elevado coste sanitario y la dificultad de manejo de estos cuadros. La dificultad para la expresión verbal de las emociones en la infancia es uno de los factores que subyacen a la comunicación del malestar emocional a través del síntoma físico.

**Diseño y Metodología:** Sujeto: Mujer de 12 años derivada a USMIJ desde Atención Primaria por presentar diversa sintomatología somática cuya causa orgánica no se detecta. Procedimiento: Evaluación cuantitativa pre y post tratamiento mediante las escalas: SCL-90 de Derogatis; test de Othmer y DeSouza para la detección del trastorno de somatización. Hipótesis: Las intervenciones psicológicas conseguirán una disminución de la clínica somatoforme.

**Objetivos:** Disminuir la frecuencia de la asistencia a servicio de urgencia. Aumentar la capacidad de introspección. Introducir la función simbólica del lenguaje. Fomentar la educación y expresión emocional. Vincular los síntomas físicos con la presencia de malestar psicológico. Entrenar estrategias de afrontamiento. Intervención: Técnicas de orientación cognitivo-conductual aplicadas por una psicóloga en sesiones individuales. La intervención se desarrolló en 20 sesiones con una periodicidad quincenal, de 45 minutos de duración cada una. Resultados: Evolución

favorable del cuadro, objetivado tanto cuantitativa como cualitativamente.

**Conclusiones:** Los trastornos somatoformes se han investigado con menos profusión que otros problemas psicopatológicos. Sería necesario estudiar las variables psicológicas y socioculturales involucradas en el trastorno para de esta manera optimizar y mejorar las intervenciones psicoterapéuticas.

### Referencias bibliográficas:

1. Pedreira, J.L. y col. (2001). Los trastornos psicósomáticos en la infancia y la adolescencia. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y el Adolescente*, 3(1): 26-51.

## TRASTORNO BIPOLAR INFANTIL VS EPILEPSIA DEL LÓBULO TEMPORAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Leticia Cobo Calvo*  
*Residente de tercer año de psiquiatría*

**Introducción:** Tanto el Trastorno Bipolar Infantil (TBI) como la Epilepsia del Lóbulo Temporal (ELT) son dos enfermedades poco prevalentes en la población infantil, que sin embargo, tienen sintomatología psiquiátrica similar.

**Objetivos:** Realizaremos el diagnóstico diferencial entre estas dos patologías en un paciente de 12 años con sintomatología maniforme, incluyendo resultados de pruebas complementarias.

**Metodología:** A partir de un caso clínico y las diferentes pruebas complementarias realizadas al paciente, realizamos el diagnóstico diferencial entre ELT y TBI (episodio maniaco) y llegamos al diagnóstico de ELT.

**Resultados y Conclusiones:** Las crisis originadas en el lóbulo temporal son diversas y reflejan la multitud de conexiones de este lóbulo y la complejidad de su funcionamiento. Se incluyen síntomas psíquicos, autonómicos, motores, sensoriales especiales y sensitivos. En el caso de este paciente, que en un primer momento la clínica apuntaba hacia un episodio maniaco, posteriormente, y tras la realización de distintas pruebas

complementarias, se llega al diagnóstico de epilepsia del lóbulo temporal.

#### Referencias esenciales:

1. Álvarez Segura M, Campos Asensio M, de la Corte García M, Cruz Martos MA, Fernández Esteban I, Llorente Sarabia C, et al. Trastorno bipolar en niños y adolescentes. Recomendaciones farmacoterapéuticas en salud mental. Septiembre 2010 (9): 102-122.
2. Téllez-Zenteno JF, Ladino LD. Epilepsia temporal: aspectos clínicos, diagnósticos y de tratamiento. Rev Neurol 2013; 56: 229-42.
3. Saad de Janon E, Saad de Janon J. Epilepsias y trastornos psiquiátricos en la población infantojuvenil. -Cornejo Ochoa JW, Toro Pérez ME. Epilepsias del lóbulo temporal. Medellín, Colombia. Marzo 2011. p 23-52.

### “SÍ, TENÍA EL CEREBRO ROTO, SE DIFUNDIÓ EN YOUTUBE”

*Maria Jose Gordillo Montaña*  
*Licenciatura en medicina*

La esquizofrenia es el trastorno psiquiátrico más devastador que afecta a niños y adolescentes. Es uno de los trastornos que más compromete al paciente, su familia y el entorno. Por todo ello se hará indispensable un tratamiento precoz para disminuir el impacto negativo. Este tratamiento requerirá un enfoque multimodal e interdisciplinario, beneficiándose de la combinación de terapias individuales, familiares y/o de grupo, como apoyo a la terapia farmacológica, ofreciendo terapias psicológicas con un enfoque en las necesidades sociales, educativas y culturales que el niño y su familia necesitan. Este tratamiento debería ser personalizado según el nivel de desarrollo del niño y los factores sintomatológicos, etiológicos, de pronóstico y de tratamiento para la esquizofrenia. A continuación exponemos un caso que ha suscitado especial interés en nuestro servicio. Paciente de 16 años ingresada en Hospital de Día Infantojuvenil siendo el motivo de tal ingreso, hace 2 años, ideas delirantes referenciales, conducta desorganizada y agresiva. A la exploración psicopatológica destaca ideación delirante autorreferencial estructurada (“la tv me habla”, “todos hablan y se ríen de mí”), ideas

delirantes de persecución y perjuicio (“todos hablan de mí, me persiguen”), interpretaciones delirantes (“los vecinos hacen ruidos por mí, cuando yo pienso”), convicción delirante, difusión del pensamiento (“tenía una enfermedad que tenía el cerebro roto”), alucinaciones auditivas, soliloquios, suspicacia (“no tengo amigos por desconfiar de todos”), comportamiento desorganizado, estado de ánimo disfórico, ansiedad flotante con picos de angustia secundaria a ideación delirante y nula conciencia de enfermedad. Se ha objetivado la mejora del pronóstico a largo plazo tras psicoeducación y terapia cognitivo-conductual y/o Terapia Familiar. También sabemos que no es eficaz en la fase aguda de Hospitalización pero obtendremos los mejores resultados en primeros episodios psicóticos. Por lo tanto, identificar precozmente las fases tempranas, combinado con un tratamiento óptimo, reducirá el desgaste (familiar, profesional, etc.) asociado a la enfermedad y parece que también mejora el pronóstico a largo plazo.

### OBSESIÓN Y ALIMENTACIÓN

*Elena Guillén Guillén*  
*Licenciatura psicología*

Existe un gran interés en las posibles relaciones entre el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos de conducta alimentaria ante la posibilidad de ser comorbidos y tener manifestaciones clínicas funcionalmente similares. Identificar la relación entre TCA y TOC puede responder cuestiones sobre los límites diagnóstico, y conducir al descubrimiento de importantes procesos compartidos en la enfermedad y mecanismos de mantenimiento. La presencia de comorbilidad suele afectar a los resultados del tratamiento y el riesgo de recaída, y la comprensión de cómo y por qué se produce la comorbilidad es esencial para el desarrollo de tratamientos más específicos. Para ilustrar esta relación exponemos el caso de una paciente de 13 años con un diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo y Anorexia Nerviosa que ingresa por negativa a la ingesta. Como antecedentes personales destaca el inicio de la clínica TOC con rituales de limpieza, comprobación, repetición y somatizaciones, un año antes al ingreso. Esta clínica se mantiene a pesar de ser fluctuante e ir variando en rituales. Marcada irritabilidad con familiares, si se niegan a perpetuar sus rituales. Más tarde decide hacer

dieta para adelgazar, comienzan a preocuparle las calorías, incrementa actividad física y pierde peso. Al iniciar curso, excesiva angustia ante las comidas y la delgadez, negándose a la ingesta. Se instauran medidas de tratamiento protocolizadas para el abordaje de TCA, con los objetivos de recuperar el estado de salud de la paciente, normalizar la conducta, control de las conductas compensatorias y estudio y abordaje de la sintomatología comórbida (TOC). Se observa conducta rumiativa intensa, comprobaciones de la zona abdominal y verbalizaciones compatibles con grave distorsión de la imagen corporal, centrada en zona abdominal. Cogniciones anoréxicas, temor al incremento desproporcionado y descontrolado de peso que vive con intensa ansiedad. Inicia nuevas conductas ritualizadas. Manteniéndose obsesiones de duda. Valorando la importancia de la comorbilidad de la clínica TOC, de administra Y-BOCS y se decide instaurar tratamiento farmacológico.

### PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA NIÑOS CON TDA-H (PIE-TDA-H)

*Clarice Peres*

*Profesora Dra. en Psicología y Educación Universidad de Vigo. Psicóloga y Pedagoga. Máster en Psicopedagogía y Autora del libro: TDA-H De la Teoría hacia la Práctica. Psicopedagoga en ADAH (Asociación para el Diagnóstico y Tratamiento del Déficit de Atención, Hiperactividad y la Dislexia) – Vigo. [www.claricperes.com](http://www.claricperes.com) [cperes@uvigo.es](mailto:cperes@uvigo.es) [claricemana@hotmail.com](mailto:claricemana@hotmail.com)*

**ANTECEDENTE:** EDUCACION PRIMARIA  
Hasta el momento podemos encontrar en la literatura científica, abundante información sobre el concepto del trastorno – TDAH, modelos, características, tratamiento y diagnóstico (Barkley, 2006). En cuanto en la intervención educativa, son muchos los estudios sobre cómo identificar el niño que sufre el trastorno, pero no cómo actuar en aula (Castells, 2012). Queda por lo tanto un vacío que cubrir, que es el enriquecimiento curricular en educación primaria.

**OBJETIVOS:** El presente proyecto de tesis pretende dar respuesta a una necesidad de investigación e intervención que es: ofrecer a los escolares con el trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad – TDAH – una atención educativa en el aula ordinaria,

mediante el uso de estrategias de aprendizaje específicas; y que tenga en cuenta sus características intelectuales, de memoria de trabajo y estilo de aprendizaje, de creatividad, de motivación y de socialización.

**MÉTODO:** La intervención a través del PIE – TDAH se centra en aplicar estrategias de aceleración, de enriquecimiento y ampliación, como: organización del tiempo – con el uso del reloj – cronometro; de estructurar y organizar los contenidos de las respectivas asignaturas – Mapas Conceptuales; de intervenir en su ritmo de trabajo a través de ejercicios de relajación y respiración; y modificar la aplicabilidad de los “exámenes”. Lo aplicamos en un Centro Publico de Educación Primaria en Vigo, con 357 niños de 6 a 12 años, durante el curso 2011/2012, dónde creamos y empleamos el Cuestionario PIE – TDAH. El programa consiste de cuatro estrategias (relajación al inicio de la sesión, manejo del tiempo, mapas conceptuales y exámenes fraccionados) aplicadas en 10 sesiones de 50 minutos. Este programa está en fase de validación en Centros de Enseñanza Pública y Privada de Vigo. Esperamos que este programa mejore el rendimiento académico de los niños con TDA-H, así como su autocontrol y motivación.

**RESULTADOS:** Los niños del grupo experimental presentaron mejora significativa en sus calificaciones académicas, mejoría en su conducta hiperactiva y atencional y aumento motivacional para los estudios. Y tanto los profesores como los padres, a través del Cuestionario PIE – TDA-H, confirman la importancia del uso de las estrategias metacognitivas para mejorar la conducta y el proceso de aprendizaje, resaltando la importancia de la relajación como una práctica muy positiva. En el uso de las estrategias después de la intervención es significativo ( $t=-4.190$ ;  $p<0.01$ ), también es significativo la satisfacción con los estudios ( $t=-2.474$ ;  $p<0.01$ ) y significativo en la metacognición ( $t=-4.416$ ;  $p<0.01$ ). Aunque haya mejorado la atención y hiperactividad, la puntuación nos es significativa.

**CONCLUSIONES:** El programa PIE – TDA-H ha demostrado ser una herramienta de intervención psicopedagógica eficaz para la mejora en el uso de estrategias en niños de primaria con TDA-H (Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad), mejorando el desempeño académico.

## ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS PERFILES EN FUNCIÓN EJECUTIVA EN NIÑOS CON TEA, TDAH Y TEA CON SÍNTOMAS DE TDAH

*María Elías Abadías*

*Psicóloga clínica en la Unidad Especializada de Trastornos del Desarrollo y en la planta de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital de Sant Joan de Déu de Esplugues del Llobregat (Barcelona).*

**INTRODUCCIÓN:** Los Trastornos del espectro del autismo (TEA) y el trastorno por déficit de atención con Hiperactividad (TDAH) se presentan a menudo de forma comórbida. En varios estudios se ha reportado la presencia de disfunción ejecutiva en ambos trastornos (1,2). Resulta de gran interés el estudio del grado de disfunción ejecutiva y de los aspectos específicos de las funciones ejecutivas (FE) que están afectados en cada uno de estos trastornos. Favoreciéndose así el avance en el conocimiento de la etiología, los aspectos fenomenológicos y las líneas de intervención a seguir en los TEA y el TDAH.

**HIPÓTESIS Y OBJETIVOS:** La hipótesis principal de éste estudio es que los déficits en las FE se presentarán de forma diferenciada en el TEA y en el TDAH; observándose en los niños con TEA un rendimiento inferior en flexibilidad cognitiva y planificación y en los niños con TDAH un rendimiento inferior en memoria de trabajo y en inhibición cognitiva. Por último, esperamos encontrar un rendimiento inferior en funcionamiento ejecutivo en aquellos pacientes que presenten un TEA con síntomas comórbidos de TDAH.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se lleva a cabo, con una muestra de 33 sujetos, un estudio transversal y comparativo de tres grupos: pacientes con TEA, pacientes con TEA y síntomas de TDAH y pacientes con TDAH. Los instrumentos empleados son: entrevistas diagnósticas semi-estructuradas (ADI-R, K-SADS), cuestionarios heteroaplicados para la valoración de síntomas TDAH (Conners) y para valorar la FE (BRIEF) y una escala de capacidad intelectual (WISC-IV).

**RESULTADOS:** Para el análisis estadístico se aplican pruebas no paramétricas (Kruskal-Wallis y

U-Mann Whitney). Los resultados obtenidos informan de rendimientos inferiores en memoria de trabajo y en planificación/organización en el grupo TEA+TDAH, seguido por el grupo TDAH y siendo el grupo TEA el que presenta menor alteración en estas áreas. Se presentan rendimientos inferiores en cambio/flexibilidad cognitiva y en inhibición cognitiva, sin obtenerse diferencias entre los grupos. Las áreas más afectadas en el grupo TEA son: regulación, iniciativa, cambio/flexibilidad cognitiva e inhibición.

**CONCLUSIONES:** La FE aparece afectada en la mayoría de la muestra utilizada. Los resultados obtenidos informan que es en el grupo TEA con síntomas TDAH comórbidos donde se halla una mayor disfunción ejecutiva. El perfil de alteraciones en función ejecutiva presenta aspectos diferenciales en cada uno de los grupos estudiados.

### Referencias esenciales

1. Happé F, et al. Executive function deficits in autism spectrum disorders and attention-deficit/hyperactivity disorder: examining profiles across domains and ages. *Brain and cognition* 2006: 61 p. 25-39.
2. Corbett BA et al. Examining executive functioning in children with autism spectrum disorder, attention deficit hyperactivity disorder and typical development. *Psychiatry research* 2009: 166 (2-3): 210-222.

## TIC Y/O TOC EN LA INFANCIA ASOCIADO A ESTREPTOCOCO.

*Raquel Martín Gutiérrez*

*Médico Interno Residente Especialidad de Psiquiatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander*

**INTRODUCCIÓN:** Recientemente, se ha definido un grupo de síntomas neuropsiquiátricos vinculados a infección por estreptococo b-hemolítico grupo A que se conoce con el acrónimo PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infections), estudiado por primera vez en 1998 por Susan Swedo. El síndrome PANDAS se basa en los siguientes criterios: 1. Tics o trastorno obsesivo compulsivo, 2. Inicio entre los 3 años y la pubertad. 3.

Presentación episódica. 4. Infección por estreptococo b-hemolítico grupo A con elevación de ASLO. 5. Signos neurológicos anormales. Los trastornos asociados a la presentación de Síndrome PANDAS corresponden a Corea de Sydenham, Trastorno Obsesivo Compulsivo y Síndrome de Gilles de la Tourette. Las investigaciones realizadas en este campo suponen una nueva perspectiva terapéutica.

**HIPÓTESIS Y OBJETIVOS:** La patogenia del síndrome PANDAS supone que una infección inicial por *S. Pyogenes* produce anticuerpos que, por un fenómeno de reacción cruzada, actuarían contra antígenos propios en sujetos susceptibles (posible susceptibilidad genética) originando anticuerpos frente al núcleo caudado y las proteínas 83, 67 y 60 kDa del cuerpo estriado, así como anticuerpos antineuronales y otros en estudio actualmente. De esta forma, se produciría una reacción inflamatoria tipo II tanto en los ganglios de la base como en el córtex orbitofrontal que desencadenaría los síntomas clínicos. El objetivo de esta revisión bibliográfica es el planteamiento de nuevos abordajes terapéuticos farmacológicos no psicotrópicos en la resolución de los trastornos antes descritos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realiza una revisión bibliográfica de un total de 23 artículos, 5 de ámbito nacional y 18 de ámbito internacional, referente a la asociación entre infección estreptocócica por estreptococo b-hemolítico tipo A y aparición de sintomatología neuropsiquiátrica de tipo motor (tics) y de tipo obsesivo-compulsivo, en una población de edad comprendida entre los 3 años y 16 años.

**RESULTADOS:** Como tratamiento de primera elección en fase aguda confirmada se propone penicilina oral o intramuscular; en casos graves o discapacitantes está indicada la inmunoglobulina intravenosa (IVIG) o plasmaféresis. Existe controversia en la profilaxis con antibioterapia. Como medida no farmacológica algunos estudios evidencian que la amigdalectomía puede ser una opción en casos de amigdalitis de repetición y síndrome PANDAS asociado.

**CONCLUSIONES:** De cara a la elección del tratamiento en pacientes con síntomas de tipo TOC y/o tics, parece interesante hacer una exploración exhaustiva clínica y analítica con la finalidad de descartar o

confirmar una infección estreptocócica subyacente, que puede suponer un abordaje terapéutico alternativo a la farmacoterapia psiquiátrica y, por tanto, reducir el tiempo de tratamiento y los efectos adversos posibles.

#### REFERENCIAS ESENCIALES:

1. Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated With Streptococcal Infections: Clinical Description of the First 50 Cases. Susan E. Swedo et al. *Am J Psychiatry* 155:2, February 1998.
2. PANDAS with a chorea-like clinical presentation and associated autoimmune pathology: a case report. Otero-Cuesta. S et al. *Rev. Neurol* 2009. Julio 16-31;49(2):76-8.
3. Trastornos neuropsiquiátricos asociados a estreptococo. M. Fernández Ibieta et al. *An Pediatr (Barc)* 2005;62(5):475-8.
4. Incidence of anti-brain antibodies in children with obsessive-compulsive disorder. Russel C. Dale et al. *British Journal of Psychiatry* (2005), 187,314-319.

#### TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Rocio Alonso Díaz*  
*Residente de psicología clínica*

**Introducción:** El término “psicosis esquizofreniforme” lo introdujo por primera vez Langfeldt en 1937, para describir a un grupo de pacientes con un trastorno psicótico similar a la esquizofrenia pero con mejor pronóstico que ésta, mejor adaptación premórbida y un inicio más agudo y relacionado con episodios traumáticos. El trastorno esquizofreniforme, definido en las clasificaciones internacionales actuales, es un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento desorganizado o catatónico o síntomas negativos.

**Objetivos:** Analizar las variables asociadas al inicio de la sintomatología del paciente. Explorar la evolución en la clínica del paciente.

**Metodología:** análisis de la historia clínica de salud mental del paciente y evaluación mediante observación en consulta y entrevista clínica con el paciente y sus

padres. Caso Clínico: Adolescente de 16 años de edad que acude derivada a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil por clínica ansiosa con dolor torácico y palpitations, síndromes vagales de un mes de evolución y descenso del rendimiento escolar. Cuando cursaba 2º E.S.O, informaron desde el colegio comienzo de apatía y de que tendía a aislarse de sus compañeros. El estado de ánimo se tornó depresivo e irritable de forma progresiva, coincidiendo con cambios en la composición de la unidad familiar. Comenzó a referir miedo a que le hicieran daño o hablaran de ella, posteriormente aparecieron las autorreferencias, las alucinaciones auditivas y las autolesiones.

**Conclusiones:** En este caso, la paciente evoluciona favorablemente en los meses posteriores al inicio del cuadro; es interesante valorar la estabilidad temporal del diagnóstico. En los estudios realizados sobre este trastorno, hay diversos autores que consideran el trastorno esquizofreniforme una patología íntimamente relacionada con la esquizofrenia, basándose tanto en el alto porcentaje de pacientes que evolucionan a esquizofrenia, como en el alto riesgo de trastornos del espectro esquizofrénico en familiares de estos pacientes.

### TRASTORNO FACTICIO DEL ADULTO Y ENFERMEDAD FÍSICA EN LA INFANCIA. ESTUDIO DESCRIPTIVO

*María Luisa Catalina Zamora*  
*Psiquiatra*

**INTRODUCCIÓN:** El trastorno facticio se caracteriza por la producción, invención o falsificación de síntomas físicos o psicológicos que simulan una enfermedad física o mental. Según la teoría del aprendizaje podemos hipotetizar que los ingresos hospitalarios durante la infancia podrían ser un factor predisponente para el desarrollo de trastorno facticio en la edad adulta. Los pacientes aprenderían que el papel de enfermos les reporta un apoyo y unos cuidados que no han recibido en su medio familiar y social.

**OBJETIVO:** El propósito de este trabajo es evaluar la existencia de ingresos hospitalarios durante la infancia en pacientes que posteriormente desarrollan un trastorno facticio con síntomas psicológicos.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Tras la revisión de la literatura se establecieron los siguientes criterios de sospecha: 1. Los síntomas desaparecen inmediatamente tras el ingreso. 2. Los síntomas empeoran antes la perspectiva del alta. 3. La clínica es poco congruente con el síndrome. 4. La respuesta al tratamiento es poco congruente. 5. Aparecen nuevos síntomas durante el ingreso similares a los de otros pacientes. 6. Se implica un trauma físico o emocional sin que haya testigos que corroboren la historia. 7. Se establecen relaciones intensas con otros pacientes o con el personal. 8. Se detectan mentiras (pseudología fantástica) en aspectos distintos a los síntomas. Se evaluaron 100 pacientes de edades comprendidas entre 18 y 65 años que ingresan en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, considerándose Casos (pacientes con conducta facticia de enfermedad psíquica) aquellos que cumplían tres o más criterios de sospecha de trastorno facticio y Controles los pacientes del mismo sexo que ingresaron consecutivamente a los Casos, con el mismo diagnóstico y que no cumplían criterios de sospecha de trastorno facticio con síntomas psicológicos.

**RESULTADOS:** Se identificaron 8 Casos (8% de la muestra cumplían criterios de Trastorno facticio con síntomas psicológicos). La mayoría de los casos fueron mujeres (87.5% de mujeres frente a 12.5% de varones). Las edades estaban comprendidas entre los 22 y los 55 años con una media de 36.2 años. Los síndromes facticios fueron trastornos depresivo (75% de los casos), trastornos adaptativos (12,5%) y abuso de tóxicos (12.5%). El 62.5% de los casos presentaban un trastorno de personalidad asociado. El 75% de los Casos presentaron enfermedades en la infancia y la adolescencia frente al 50% de los Controles. En los Casos estas enfermedades se presentaron a los 9.6 años de media y requirieron ingreso en el 83.3%, con una estancia media 13.4 días. En los Controles la edad media de presentación de enfermedad fue menor - los 6 años-, con ingreso en el 50% y una estancia hospitalaria media de 40 días

**DISCUSIÓN:** Aunque por tratarse de un estudio descriptivo no puede establecerse relación causal, los pacientes con trastorno facticio tienen con más frecuencia antecedentes de enfermedad física en la infancia, por lo que creemos que el aprendizaje del papel de enfermo en la infancia podría favorecer el desarrollo de trastornos

ficticios en la edad adulta. Una hipótesis alternativa sería que los ingresos por causas orgánicas durante la infancia en los pacientes que desarrollan trastorno facticio en la edad adulta sean ya un trastorno facticio con falsificación de enfermedad por el propio niño o sus padres. Las diferencias en días de ingreso y edad del primer ingreso entre Casos y Controles podrían interpretarse en este sentido. Los Casos ingresarían en edades más avanzadas en que la posibilidad de inventar o falsificar síntomas sería más probable y su estancia media menor podría indicar la ausencia de patologías orgánicas de relevancia clínica. Consideramos que serían de gran interés estudios prospectivos con pacientes enfermos en la infancia que aclarasen estas posibles causalidades.

### LA PEQUEÑA TORTUGA

*Carmen Gonzalez Macias*

*Licenciada en medicina. especialista en medicina de familia y comunitaria*

**INTRODUCCIÓN:** La depresión es un trastorno psiquiátrico frecuente, que a veces se inicia en la infancia o en la adolescencia. La depresión infanto-juvenil puede tener un modo de presentación variado y distinto del adulto. Se puede observar actitudes de aislamiento, tristeza, introversión, inquietud e irritabilidad. Y podemos relacionarla con alteraciones emocionales como hiperactividad, conducta agresiva, trastornos psicósomáticos, hipocondría y tendencia a conductas antisociales. La depresión mayor está presente en el 3 al 5% de los adolescentes. La incidencia de la depresión aumenta en la pubertad y en las niñas los casos de depresión son el doble del de los niños, probablemente asociado a los cambios hormonales. (Bhatia & Bhatia, 2007; Davis, 2005). Cytryn y Mcknew (1980) dividen los casos depresivos en 3 categorías, según la manifestación clínica, el grupo familiar, la duración de la enfermedad, la historia premórbida y los factores desencadenantes.  
\* GRUPO 1 Reacción depresiva aguda \* GRUPO 2 Reacción depresiva crónica: con periodos de eutimia.  
\* GRUPO 3 Comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos, compulsiones, obsesiones, etc, patología psiquiátrica del grupo familiar.

**OBJETIVOS:** Ilustrar mediante un caso clínico las variables que influyen en la evolución clínica y el manejo terapéutico del caso

**METODOLOGÍA:** Exposición de un caso clínico y una breve revisión de la literatura.

**RESULTADOS:** Describimos el caso de una adolescente de 12 años de edad con antecedentes de TOC, que es ingresada en Hospital infanto-juvenil de día, por presentar un cuadro de mutismo y una actitud replegada y encorvada sobre sí misma, sin levantar la cara ni fijar la mirada, realizando interpretaciones y percepciones delirantes de perjuicio estructuradas y centradas en el entorno familiar.

**CONCLUSIONES:** La identificación y tratamiento tempranos y efectivos pueden disminuir la morbilidad a corto plazo de los trastornos depresivos en la adolescencia, así como mejorar los resultados a largo plazo.

### REFERENCIAS:

1. Fleming J E, Offord D R. Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1990; 29:571-80.

### ALTERACIONES DEL SUEÑO MEDIANTE ACTIGRAFÍA EN NIÑOS DIAGNOSTICADOS DE TDAH COMPARADO CON CONTROLES SANOS

*J Ángel Alda*  
*Psiquiatra*

**Introducción:** En la práctica clínica es frecuente la asociación entre las alteraciones del sueño y el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

**Objetivo:** Valorar mediante actigrafía los hábitos de sueño y sus alteraciones en niños diagnosticados recientemente de TDAH en comparación con niños sin TDAH.

**Método:** Estudio transversal y descriptivo de una muestra de 55 pacientes de nuevo diagnóstico de TDAH (naïve) atendidos en la Unidad de TDAH del Hospital Sant Joan de Déu, y 55 controles sanos sin diagnóstico de TDAH pareados por edad y sexo. Todos los participantes fueron evaluados con la Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (Kiddie-

SADS) y durante una semana se valoraron los hábitos y las alteraciones del sueño con un actígrafo (ActiLife, software para análisis de datos ActiLife 6.5.0). La relación entre los pacientes y los controles con las alteraciones del sueño se analizó con pruebas de T-Student y U Mann Whitney. Resultados: Se encuentran diferencias significativas entre los niños diagnosticados de TDAH y los niños sin TDAH en la hora de irse a dormir, en la hora de despertarse y en la cantidad de tiempo que permanecen en la cama despiertos. Concretamente se observa que los niños con diagnóstico reciente de TDAH se van a dormir más tarde (Mediana=22:35h;  $p=0,036$ ) y que por tanto se despiertan también más tarde (media=7:42h±00:46h;  $p=0,006$ ). No encontramos diferencias significativas en el tiempo total de sueño, sin embargo, es mayor el tiempo que los controles permanecen despiertos mientras están en la cama (media=74,6±24,50 min) en comparación con los niños diagnosticados de TDAH (media=55,67±33,89min) ( $p=0,007$ )

**Conclusiones:** No encontramos diferencias significativas en el tiempo total de sueño entre los pacientes TDAH naïve y los controles, pero sí que se observa un retraso a la hora de irse a la cama a dormir entre los pacientes con TDAH.

### NIVELES DE OLIGOELEMENTOS EN NIÑOS DIAGNOSTICADOS DE TDAH COMPARADO CON CONTROLES SANOS

*J Ángel Alda*  
*Psiquiatra*

**Introducción:** la disfunción de algunas áreas del cerebro están relacionadas con los mecanismos implicados en la atención, la hiperactividad y la impulsividad y por tanto oligoelementos como el hierro, el zinc, el cobre, el selenio y el manganeso pueden desempeñar un papel en la patogénesis y por lo tanto el tratamiento de este trastorno

**Objetivo:** Valorar la relación entre las alteraciones en los niveles de ferritina, zinc, cobre, selenio y manganeso en niños diagnosticados recientemente de TDAH en comparación con niños sin TDAH.

**Método:** Estudio transversal y descriptivo de una muestra de 55 pacientes de nuevo diagnóstico de TDAH (naïve) atendidos en la Unidad de TDAH del Hospital Sant Joan de Déu, y 55 controles sanos sin diagnóstico de TDAH pareados por edad y sexo. Todos los participantes fueron evaluados con la Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (Kiddie-SADS) y se les realizó una analítica de sangre. Las diferencias en los niveles de estos oligoelementos entre los pacientes con TDAH y los controles se analizó con pruebas de Chi-cuadrado. Resultados: No encontramos diferencias significativas entre casos y controles en los niveles de ferritina (27,3% y 38,2% respectivamente;  $p=0,223$ ), zinc (0,0% y 1,9% respectivamente;  $p=0,315$ ), cobre (0,0% y 1,8% respectivamente;  $p=0,320$ ), y manganeso (18,8% y 34,0% respectivamente;  $p=0,085$ ). Si se encuentran diferencias significativas en los niveles de selenio ( $p=0,004$ ), el 25,5% de los paciente con TDAH presentan niveles bajos de selenio ( $<67\mu\text{mol}$ ) vs. el 5,6% de los controles. Conclusiones: Los pacientes con TDAH presentan significativamente niveles bajos de selenio frente a controles sanos.

### Referencias

1. Mahmoud, M. M., El-Mazary, A.-A. M., Maher, R. M., & Saber, M. M. (2011). Zinc, ferritin, magnesium and copper in a group of Egyptian children with attention deficit hyperactivity disorder. *Italian Journal of Pediatrics*, 37(1), 60. doi:10.1186/1824-7288-37-60 Oner, P., & Oner, O. (2008).
2. Relationship of ferritin to symptom ratings children with attention deficit hyperactivity disorder: effect of comorbidity. *Child Psychiatry and Human Development*, 39(3), 323–30. doi:10.1007/s10578-007-0095-0 Proyecto financiado por ISCIII (PI11/02009)

### ALTERACIONES DEL SUEÑO MEDIANTE CUESTIONARIOS EN NIÑOS DIAGNOSTICADOS DE TDAH COMPARADO CON CONTROLES SANOS

*J Ángel Alda*  
*Psiquiatra*

**Introducción:** En la práctica clínica es frecuente la

asociación entre las alteraciones del sueño y el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

**Objetivo:** Valorar mediante cuestionarios los hábitos de sueño y sus alteraciones en niños diagnosticados recientemente de TDAH en comparación con niños sin TDAH.

**Método:** Estudio transversal y descriptivo de una muestra de 55 pacientes de nuevo diagnóstico de TDAH (naïve) atendidos en la Unidad de TDAH del Hospital Sant Joan de Déu, y 55 controles sanos sin diagnóstico de TDAH pareados por edad y sexo. Para obtener el diagnóstico, todos los participantes fueron evaluados con la Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (Kiddie-SADS) y para conocer las alteraciones del sueño los progenitores de los participantes cumplimentaron la Escala de Trastornos del Sueño en Niños de Bruni. La relación entre los hábitos de sueño y sus alteraciones con los pacientes con TDAH y los controles se analizó con pruebas de Chi-cuadrado.

**Resultados:** El 61,8% de los niños con TDAH presentan alteraciones del sueño en contraposición con el 3,7% de los niños sin diagnóstico de TDAH ( $p < 0,001$ ). Se observa que los niños con TDAH presentan mayores alteraciones del inicio y mantenimiento del sueño ( $p = 0,016$ ), mayores alteraciones del tránsito de sueño y vigilia ( $p < 0,001$ ), mayor somnolencia diurna ( $p < 0,001$ ) y más problemas respiratorios ( $p = 0,028$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes con TDAH de nuevo diagnóstico presentan significativamente más alteraciones del sueño medidas a través de cuestionarios que los controles sanos. Es importante evaluar el sueño en todo paciente diagnosticado de TDAH antes de comenzar cualquier tipo de abordaje terapéutico. Proyecto financiado por ISCIII (PI11/02009)

### MALESTAR PSÍQUICO EN PROGENITORES DE NIÑOS DIAGNOSTICADOS DE TDAH COMPARADO CON CONTROLES SANOS

J Ángel Alda  
Psiquiatra

**Introducción:** El malestar psíquico y los síntomas

psiquiátricos en los padres, están asociados a una mayor presencia de psicopatología en niños (Goodman, 2007; Hammen, 2009; Schleider, Chorpita y Weisz, 2014).

**Objetivo:** Valorar el malestar psíquico en los padres de niños diagnosticados recientemente de TDAH en comparación con los padres de los niños sin TDAH.

**Método:** Estudio transversal y descriptivo de una muestra de 55 pacientes de nuevo diagnóstico de TDAH (naïve) atendidos en la Unidad de TDAH del Hospital Sant Joan de Déu, y 55 controles sin diagnóstico de TDAH pareados por edad y sexo. Todos los participantes fueron evaluados con la Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (Kiddie-SADS) y a sus progenitores se les administró el GHQ-28 para adultos, para valorar la existencia de malestar psíquico. Resultados: El 54% de los progenitores de niños con TDAH presentan malestar psíquico ( $\text{GHQ} \geq 6$ ) mostrando diferencias significativas con los progenitores de niños sin TDAH (27,3%;  $p = 0,005$ ). Los padres de niños con TDAH presentan mayores niveles de somatización (72%;  $p = 0,042$ ), de sintomatología ansiosa (66%;  $p = 0,008$ ), de disfunción social (60%;  $p = 0,005$ ) y de sintomatología depresiva (58%;  $p = 0,016$ ) que los progenitores de niños sin TDAH.

**Conclusiones:** Los progenitores de niños recientemente diagnosticados de TDAH presentan mayores niveles de malestar psíquico (somatización, ansiedad, depresión y disfunción social) que los progenitores de niños sin TDAH.

#### Referencias:

1. Goodman, S. H. (2007). Depression in mothers. En S. Nolen- Hoeksema, T. D. Cannon, y T. Widiger (Eds.), Annual review of clinical psychology (pp. 107-135). Palo Alto: Annual Reviews. Hammen, C. L. (2009).
2. Children of depressed parents. En I. H. Gotlib y C. L. Hammen (Eds.), Handbook of depression (pp. 275-297). New York: Guilford Press. Schleider, J.L., Chorpita, B.F., y Weisz, J.R. (2014).
3. Relation between parent psychiatric symptoms and youth problems: moderation through family structure and youth gender. Journal of abnormal child psychology, 42(2), 195-204. Proyecto financiado por ISCIII (PI11/02009)

## DIFERENCIAS EN LOS SÍNTOMAS DE TDAH ENTRE NIÑOS ADOPTADOS INTERNACIONALMENTE Y NO ADOPTADOS

Estefanía Vargas-Clara  
 Psicóloga

**Introducción:** Ocasionalmente los niños procedentes de adopción internacional diagnosticados de TDAH manifiestan una mayor sintomatología dentro del ámbito escolar y personal en comparación con niños con TDAH no adoptados.

**Objetivo:** Valorar sintomatología de inatención, hiperactividad e impulsividad en niños adoptados internacionalmente y compararlos con niños no adoptados. **Método:** Estudio descriptivo de tipo retrospectivo de pacientes atendidos en la Unidad de TDAH de nuestro Hospital entre 2009 y 2012, que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: TDAH naïve y la pasación de las versiones de padres y profesores de: las escalas Conners-Revisada (S), las escalas de Achenbach CBCL/6-18 y TRF/6-18 y el ADHD Rating Scale IV. Los pacientes se parearon de forma aleatoria.

**Resultados:** La muestra la forman 32 pacientes, 16 adoptados internacionalmente y 16 no adoptados con TDAH naïve. Edad media de  $9.30 \pm 2.66$  años. Los subtipos de TDAH: Combinado ( $n=19$ ), Inatento ( $n=12$ ), Hiperactivo-Impulsivo ( $n=1$ ). No existen diferencias significativas en ADHD, Conners y CBCL para padres ni en ADHD para profesores. Si se obtuvieron resultados estadísticamente significativos en Conners para profesores en la subescala de Hiperactividad ( $p=0.22$ ) y en TRF en la subescala de índice de TDAH ( $p=.023$ ).

**Conclusiones:** No encontramos diferencias significativas en sintomatología de TDAH valorada por los padres entre niños adoptados y no adoptados. El resultado significativo en Conners y TRF para Profesores en índice de TDAH, podría sugerir que el problema de los niños adoptados se origine a través de prejuicios en su entorno.

### Referencias:

1. Bimmel, N., Juffer, F., Van Ijzendoorn, M. H., & Bakermans- Kranenburg, M. J. (2003). Problem

behavior of internationally adopted adolescents: A review and meta-analysis. *Harvard Review of Psychiatry*, 11, 64-78. doi:10.1080/10673220303955 Miller, B. (2000).

2. Comparison of Adopted and Nonadopted Adolescents in a Large, Nationally Representative Sample. *Child Development*, 71, 1458-14

## ¿SON LOS ADOLESCENTES BUENOS INFORMADORES DE LOS SÍNTOMAS DE TDAH?

M. Laura Llorens  
 Psicóloga

**Introducción:** El TDAH se avalúa a través de cuestionarios contestados por padres, profesores y pacientes, mayores de 8 años, ya que parecen ser informadores fiables de sus propias conductas.

**Objetivo:** Los adolescentes con TDAH, cuando se autoevalúan no refieren tantos síntomas, como los informados por padres y profesores. **Método:** Muestra de pacientes entre 12 y 16 años atendidos entre 2009 y 2013 en una Unidad de TDAH. Los criterios de inclusión fueron: TDAH naïve y pasación en padres, profesores y adolescentes del Conners-R y escalas de Achenbach (CBCL/6-18, TRF/6-18 y YRS). Se consideran puntuaciones clínicamente significativas  $PT > 70$ . Se utilizó Chi-cuadrado para valorar la relación entre variables. **Resultados:** Muestra de 53 pacientes TDAH naïve, edad  $13.19 \pm 1.21$ , 69.8% ( $n=37$ ) varones y 56.6% ( $n=23$ ) diagnosticados de TDAH combinado. En Conners los adolescentes puntúan significativamente menos en la subescala de inatención frente a los padres ( $X=69.74 \pm 9.923$  y  $X=60.83 \pm 10.77$ , respectivamente;  $p=0.015$ ) y en la subescala índice de TDAH frente a los profesores ( $X=67.26 \pm 11.051$  y  $X=55.85 \pm 9.622$ , respectivamente;  $p=0.042$ ). En Achenbach se han encontrado diferencias significativas en la subescala trastorno afectivo, donde los padres puntúan por encima de los adolescentes ( $p=0.006$ ); en la subescala Trastorno negativista desafiante (TND) donde los padres puntúan por encima de los adolescentes ( $p=0.006$ ), mientras que los profesores puntúan por debajo ( $p=0.008$ ); y en Trastorno de conducta (TC) los adolescentes puntúan más alto que los profesores ( $p < 0.001$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes diagnosticados de TDAH informan de menor sintomatología que padres y profesores en las pruebas de Conners y Achenbach, excepto en TC y TND en las que señalan más síntomas que los profesores.

**Referencias:**

1. Anastasi A., y Urbina S. (1998). Test psicológicos. (7th ed). México: Prentice Hall- Hispanoamericana. Fink, A. D., y McCown, W. G. (1993).
2. Impulsivity in children and adolescents: Measurement, causes and treatment. En McCown, W., Shure, M., y Johnson, J. (Eds.), The impulsive client, theory, research and treatment (pp. 279-308). Washington: American Psychological Association.

### VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN FUNCIÓN DE LA EXISTENCIA DE COMORBILIDAD

*Anna De Palol*  
Psicóloga

**Introducción:** Los niños diagnosticados de TDAH tienen un alto riesgo de tener comorbilidad de trastornos psiquiátricos externalizantes e internalizantes.

**Objetivo:** Estudiar si hay diferencias en las puntuaciones de las escalas de satisfacción y bienestar del CHIP-PE en pacientes con TDAH en función del tipo de comorbilidad y el género.

**Método:** Estudio descriptivo retrospectivo de una muestra de N= 247 pacientes TDAH NAIVE atendidos en nuestro hospital entre 2009 y 2013. La muestra se dividió en 4 grupos: Grupo 0 (n=118) formado por pacientes diagnosticados de TDAH sin comorbilidad; Grupo 1 (n=46) TDAH con comorbilidad de trastornos externalizantes; Grupo 2 (n=58) TDAH con comorbilidad de trastornos internalizantes; y Grupo 3 (n=25) TDAH con comorbilidad de ambos. Todos los padres de los pacientes contestaron el Cuestionario CHIP-PE. Las diferencias entre las puntuaciones de satisfacción y de bienestar de los distintos grupos de

sujetos y las diferencias de género en las puntuaciones de las dos escalas se analizaron con pruebas de Chi-cuadrado. Resultados: N=247 (183 varones). Edad media 9,76+/-2,84. Existen diferencias significativas entre la puntuación de satisfacción y bienestar en pacientes con TDAH en función de la existencia de comorbilidad. El Grupo 3 presenta peores niveles de satisfacción (80%; p=,002) y de bienestar (44%; p=,003) en relación con los otros grupos. El Grupo 0 presenta mayor número de puntuaciones dentro del rango de la normalidad en las escalas de satisfacción (29,7%; p=,002) y bienestar (47,5%; p=,003) en relación con los otros grupos. No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de satisfacción y bienestar en función del género.

**Conclusiones:** Los padres de los pacientes diagnosticados de TDAH con comorbilidad de trastornos externalizantes e internalizantes, tienen mayor probabilidad de presentar una baja percepción general de bienestar y salud de sus hijos, así como una baja autoestima y autoconcepto general de los mismos. También evalúan negativamente las experiencias de síntomas físicos y somáticos, los aspectos emocionales del niño y las restricciones en las actividades del día a día debido a la enfermedad.

### UN MODELO DE COORDINACIÓN ENTRE PSIQUIATRÍA INFANTIL Y PRIMARIA. EL MODELO MAR MENOR.

*Sonia Andrés Espallardo*  
Psiquiatra Infanto Juvenil en el Centro de Salud Mental de Cartagena.

**INTRODUCCIÓN:** Es fundamental en la atención Psiquiátrica de niños y adolescentes la coordinación con los distintos profesionales que atienden al menor, comenzando por el primer escalón que es la Atención Primaria, y continuando con profesores/Orientadores, Centros Terapéuticos, Asociaciones, Trabajadores Sociales y otros Especialistas. Una adecuada comunicación permite obtener mayor información sobre el paciente, y actuar de forma organizada marcando objetivos comunes de intervención, y permite una atención más individualizada, cercana y eficaz.

**HIPOTESIS Y OBJETIVOS:** El objetivo es proporcionar un mejor soporte, un medio protegido donde el paciente queda incluido en una estructura de comunicación y compromiso. Es una forma de cuidar donde los cuidadores se unen y coordinan para ofrecer un servicio de mayor calidad y calidez. Se realiza un tratamiento precoz, integral, intensivo y especializado, basado en establecer lazos y vínculos con todas las instancias terapéuticas involucradas en el tratamiento del paciente con trastornos psiquiátricos.

**MATERIAL Y METODOLOGÍA:** Se realiza una reunión mensual entre el Psiquiatra Infantil encargado de éste área de forma sectorizada y los Pediatras en cada Centro de Salud correspondiente al Area VIII (San Javier, San Pedro del Pinatar, Los Alcázares, y sus Consultorios asociados).

**RESULTADOS:** Los Pediatras y el Psiquiatra Infantil comparten una reunión mensual donde se crea una comunicación recíproca en la que se ambos profesionales obtenemos información, pensamos juntos sobre cada paciente, y se plantean objetivos de intervención comunes.

**CONCLUSIONES:** Existe una mayor comunicación entre el Pediatra y el Psiquiatra Infantil a través de las reuniones mensuales en sus Centros de Salud. Permite unificar criterios, resolver dudas diagnósticas, compartir datos de influencia pronóstica, y en general mejorar la calidad asistencial.

#### REFERENCIAS:

1. Bofill Moscardó I, Fernández Corchero A, Villegas Briz MA, García del Moral A, Hijano Bandera F. Psiquiatría infantil: patología prevalente en Atención Primaria, abordaje y tratamiento. *Revista Pediatría Atención Primaria*. 2010;12(Supl 19):s93-s106.

#### PICA

*Federico Cardelle Pérez*  
*Psiquiatra CSMIJ Cartagena*

**Introducción:** Se entiende por pica la ingestión voluntaria de sustancias no nutritivas.

**Hipótesis y Objetivos:** Se plantea la necesidad de considerar el despistaje de organicidad en los cuadros de pica, además de realizar la correspondiente aproximación psicopatológica, sindrómica y terapéutica.

**Material y métodos:** Se presenta un caso y se realiza revisión bibliográfica al respecto. Adolescente de 15 años de edad cuyo motivo de consulta en CSMIJ son conductas de pica de meses de evolución, ingiriendo yeso de las paredes y mostrándose avergonzada por ello, con incapacidad para cese de dicha conducta. No presentaba ningún síntoma sugestivo de enfermedad física. Actos definido como impulsivos, con ausencia de ideación obsesiva previa y sin ideación delirante relacionada.

**Resultados:** A la exploración compatible con Episodio Depresivo; con presencia de síntomas “somáticos” (astenia, anorexia) y disimulación de contenido del pensamiento en entrevistas iniciales (ideas de minusvalía y culpa, ideas pasivas de muerte). La solicitud cursada en primera consulta de analítica general, incluyendo metales pesados y test de embarazo, mostró una Hemoglobina inferior a 9 g/dl, derivándose inmediatamente a Hematología, cuyo abordaje supuso un impacto positivo en síntomas somáticos citados. Se inició desde CSMIJ un tratamiento con Fluoxetina 20mg/24h. La normalización progresiva de cifras de hemoglobina y la remisión sintomática del cuadro depresivo fueron acompañados del cese de pica.

**Conclusiones:** La pica es infrecuente en un caso como el citado, presentando nivel cognitivo normal sin síntomas de TEA o psicosis productiva y no gestante. La pica supone riesgos relevantes como parasitosis, obstrucción intestinal o intoxicación por plomo, requiriendo un despistaje de organicidad. En la bibliografía existen casos descritos de uso de antidepressivos como tratamiento, y es señalada una asociación de causalidad incierta entre el déficit de hierro y la pica.

#### Referencias esenciales

1. Aparna PV, Austin RD, Mathew P. (2012) D.E. Williams, D. McAdam (2012) J. de Ajuriaguerra (1977) J. Toro Trallero (2000) Lewis's Child and Adolescent Psychiatry (4th)

#### REGULACIÓN EMOCIONAL Y APEGO EN POBLACIÓN ADOLESCENTES CON TCA

*Patricia Alcindor Huelva*  
*Psiquiatra infanto-juvenil*

**Introducción/antecedentes:** Para el desarrollo adecuado de la regulación emocional es necesario un apego seguro. Es por ello fundamental la interacción del cuidador/a con el bebé para el correcto despliegue de estas estrategias emocionales. Estudios informan de que, la regulación emocional y el apego, están alterados en los pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. Investigaciones enfatizan que la elección de estas estrategias, tiene que ver con el estilo de apego que tenga el sujeto, es decir, en cada estilo se tienden a privilegiar ciertas formas de manejar y regular las emociones. Sin embargo, no queda claro la asociación de estas variables.

**Hipótesis:** La hipótesis nula es que no hay asociación entre la regulación emocional y el tipo de apego en esta población. La hipótesis alternativa es que hay asociación entre la regulación emocional y el tipo de apego.

**Objetivos:** Principal Identificar la asociación entre el apego y la regulación emocional en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Secundario Estudiar si hay alguna correlación entre gravedad/perfil de las dificultades de la regulación emocional y el tipo de apego que muestren las pacientes.

**Diseño:** Estudio analítico observacional tipo caso – control, muestreo consecutivo no aleatorio.

**Metodología:** La población de referencia procede de casos nuevos de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Niño Jesús (Madrid), entre 14-17 años. La población control procede de un ámbito escolar. Variables Independientes: IMC, Sexo, Edad, EAT-26, Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, Personalidad (MACI), Faces-IV. Variables Dependientes: Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) y Ca-MIR-R (evaluación del apego, versión reducida), PBI (Parental Bonding Instrument). Resultados: El resultado esperado es la presencia de una asociación entre dificultades en la regulación emocional y tipo de apego.

**Conclusiones:** Un apego disfuncional, en cualquiera

de sus variantes, condiciona dificultades en la regulación emocional en estas pacientes, que es un problema añadido de este grupo de población. Es importante tener en cuenta estas variables para planificar un tratamiento individualizado para las personas que padezcan estos trastornos.

#### Referencias esenciales

1. Garrido-rojas, L. Apego, emoción y regulación emocional. implicaciones para la salud. Revista Latinoamericana de Psicología 2006, volumen 38, No 3, págs 493-507.
2. Tetley, A; Moghaddam, N. G, et al. Parental bonding and eating disorders. A systematic review. Eating Disorders 15 (2014), 49-59.

#### MIRANDO EL LADO BUENO DEL NIÑO: ATRIBUTOS POSITIVOS Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE PSICOPATOLOGÍA EN EL FUTURO

*Pablo Vidal-Ribas Belil*

*Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Becario de Investigación de la Fundación Alicia Koplowitz en King's College London, Institute of Psychiatry, Department of Child and Adolescent Psychiatry, United Kingdom. Máster en Psicopatología de la Infancia y la Adolescencia, Universitat Autònoma de Barcelona. Máster en Trastorno Mental Severo, Universidad de Barcelona.*

**Introducción/antecedentes:** Se ha sugerido que los atributos positivos en la adolescencia podrían ser un factor protector de la salud mental a largo plazo [1]. Sin embargo, la evidencia para tal afirmación sigue siendo débil por varias razones. Primero, existe poca investigación sobre dicha asociación que emplee muestras comunitarias, diseños longitudinales y niños de corta edad. Segundo, no está claro si los atributos positivos son la otra cara de la moneda de la ausencia de psicopatología o, por el contrario, son constructos distintos. Por último, la mayoría de las investigaciones hasta la fecha no ha controlado importantes factores de confusión - incluyendo características sociales y familiares, y signos psiquiátricos en la línea base - que

podrían influir en la relación entre los atributos positivos y los resultados psiquiátricos a largo plazo [2, 3].

**Hipótesis y Objetivos:** 1. Analizar si los atributos positivos de los niños son un constructo suficientemente distinto de los síntomas psiquiátricos reportados por sus padres. 2. Examinar la hipótesis de que los atributos positivos de los niños se asocian con un menor riesgo de desarrollar psicopatología en el futuro, incluyendo síntomas psiquiátricos, trastornos psiquiátricos e índices de ajuste psicosocial. Material y métodos: En una gran muestra epidemiológica de niños y adolescentes británicos (N = 5.325; The 2004 British Child and Adolescent Mental Health Survey) de 5 a 16 años, los atributos positivos y los síntomas psicopatológicos fueron evaluados en dos ocasiones durante tres años mediante el Youth Strengths Inventory (YSI) incluido en la entrevista estructurada Development and Well-Being Assessment (DAWBA) y el Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), respectivamente. Los trastornos psiquiátricos también se asignaron utilizando la DAWBA basándose en criterios DSM-IV. Para examinar el objetivo (1) se emplearon Modelos de Ecuaciones Estructurales en MPlus v5.1. Para examinar el objetivo (2) se emplearon regresiones lineales múltiples, emparejamiento de puntuaciones de propensión (emulando un RCT) y regresiones logísticas en STATA 11. Todos los análisis se controlaron por síntomas y trastornos psiquiátricos en la línea base, así como por 14 variables sociodemográficas.

**Resultados:** Los atributos positivos y los síntomas psiquiátricos mostraron diferentes valores predictivos, lo que sugiere que son distintos constructos. Los niños que puntuaban alto en atributos positivos en la línea base tuvieron menos síntomas (Tamaño del efecto=0.10, IC95% 0.07-0.12,  $p<0.05$ ) y menos trastornos psiquiátricos (Rango 35-80% menos de probabilidades,  $p<0.05$ ) a los tres años controlando por síntomas y trastornos psiquiátricos en la línea base y factores sociodemográficos. Así mismo, menos atributos positivos aumentaron el contacto con servicios de salud mental y la policía en un 20% (IC95%: 1-43%) y un 33% (IC95%: 16-52%), respectivamente (ambos  $p<0.05$ ). Los análisis con emparejamiento de puntuación de propensión también sugirieron que los atributos positivos disminuyen la probabilidad de morbilidad psiquiátrica independientemente de otros factores.

**Conclusiones:** Los atributos positivos de los niños se asociaron significativamente con menos psicopatología a largo plazo, sobre todo con rasgos relacionados con trastornos de conducta. Esto sugiere que favorecer atributos positivos en niños y adolescentes podría ser un objetivo de intervención añadido a los tratamientos enfocados en la reducción de los síntomas.

#### Referencias esenciales:

1. Bromley, E., Johnson, J. G. & Cohen, P. (2006) Personality strengths in adolescence and decreased risk of developing mental health problems in early adulthood. *Compr Psychiatry*, 47, 315-24.
2. Ford, T., Goodman, R. & Meltzer, H. (2004) The relative importance of child, family, school and neighbourhood correlates of childhood psychiatric disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39, 487-96.
3. Ford, T., Collishaw, S., Meltzer, H. & Goodman, R. (2007) A prospective study of childhood psychopathology: independent predictors of change over three years. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42, 953-61.

#### ENFERMEDAD DE WILSON Y TRASTORNOS NEUROPSIQUIÁTRICOS

Sara María Bañón González

*Prestación de Servicios como Facultativo Especialista en Psiquiatría en Centro de Educación Especial Fundación Götze. 02/2014- Actualidad. • Prestación de Servicios como Facultativo Especialista en Psiquiatría de adultos e infanto-juvenil en Hospital Tres Culturas Capiro de Toledo y Hospital Sanitas La Zarzuela. 03/2013- Actualidad. • Prestación de Servicios como Facultativo Especialista en Psiquiatría de adultos e infanto-juvenil en Clínica Ibermedic Getafe, Clínica Valdelasfuentes, Centro Médico Averroes, Clínica París, Centro Médico Milenium Costa Rica y Clínica Relater. 01/2013-Actualidad. • Prestación de Servicios como Facultativo Especialista en Psiquiatría en el Centro de Salud Mental del Hospital Universitario de Móstoles. 06/2013-11/2013. • Prestación de Servicios como Facultativo Especialista en Psiquiatría de adultos e infanto-juvenil en Clínica Ribera, Clínica Ibermedic Villaviciosa de Odón, Clínica Ibermedic Leganés, Clínica Ibermedic Móstoles y Centro Médico Milenium Reina*

*Victoria. 01/2013-06/2013. • Residente de Psiquiatría. Hospital Universitario de Móstoles. 2008-2012. Además de las rotaciones obligatorias incluidas en el programa de formación de especialistas de 2008, se realizan las siguientes rotaciones: - Centro de Programas Terapéuticos de Día: Hospital de Día de orientación sistémica. Hospital Universitario de Móstoles. - Hospital de Día de Chamartín. Hospital Universitario La Princesa. - Psiquiatría infanto-juvenil. Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil, Hospital de Día de trastornos generalizados del desarrollo, Hospital de Día de Niños, Adolescentes y de Trastornos de la Conducta Alimentaria y Urgencias infanto-juveniles. Hospital Infantil Niño Jesús. - Ambulatoria e Interconsulta infanto-juvenil. Centro de Salud Mental y Hospital Universitario de Móstoles. - Centro de atención integral al drogodependiente. C.A.I.D de Móstoles. - Unidad de Deshabitación alcohólica, Unidad de Alcoholología y Unidad de Toxicomanías. Hospital Psiquiátrico Dr. Rodríguez Lafora. - Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Centro de Especialidades Médicas Coronel de Palma de Móstoles. TÍTULOS ACADÉMICOS: • Diploma de Estudios Avanzados. Programa de doctorado en Psiquiatría- Alcoholismo y drogas. Universidad Complutense de Madrid. 11/2008-06/2010. - Trabajo de suficiencia investigadora: "Estudio del sesgo atencional en hijos de pacientes alcohólicos". Calificación: Sobresaliente. - Periodo de docencia (20 créditos, calificación media: 2'7) y periodo de investigación (12 créditos, calificación media: 3). • Estudios propios: - Experto en trastornos por déficit de atención e hiperactividad a lo largo de la vida (25 créditos). Universidad de Alcalá de Henares. 02/2011-11/2011. - Especialista Universitario en Clínica y Psicoterapia Psicoanalítica. Universidad Pontificia Comillas. Prof. Dr. Hugo Bleichmar. 09/2009-07/2011. - Especialista en Emergencias en Salud Mental (25 créditos). Universidad de Alcalá de Henares. 11/2008-06/2009. • Licenciada en Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. 2001-2007.*

**Introducción/antecedentes:** La enfermedad de Wilson o degeneración hepatolenticular es una enfermedad rara, autosómica recesiva (gen localizado en el cromosoma 13) caracterizada por el déficit de la excreción hepática de cobre. Ello conlleva la acumulación de cobre intrahepático y su liberación a la sangre y acumulación en cerebro, riñón y otros órganos.

**Hipótesis y Objetivos:** Analizar a propósito de un caso (varó de 15 años que presenta de forma brusca espasmos de acomodación y síntomas psicóticos) las manifestaciones clínicas (neuropsiquiátricas) más frecuentes, psicopatológicas y epidemiológicas de la enfermedad de Wilson, así como la importancia de realizar un diagnóstico diferencial adecuado de cara a un abordaje terapéutico correcto.

**Material y métodos:** Revisión de la literatura de impacto de los últimos 5 años en relación a la enfermedad de Wilson: la prevalencia, incidencia, patogénesis y diagnóstico diferencial. Resultados: 50 % debutan como alteraciones hepáticas (sobre todo en la infancia), y 50% con alteraciones en SNC. Siempre que hay manifestaciones del SNC existe el anillo de Kayser-Fleischer. Si no se ve en un paciente con síntomas del SNC, se puede excluir Wilson.

**Conclusiones:** A nivel neurológico los síntomas más frecuentes son: temblor de reposo, disartria, espasticidad, rigidez, corea, Babinski y ataxia (parkinson-like). Desde el punto de vista psiquiátrico: retraso escolar, alteraciones de la personalidad y la conducta, síntomas de corte psicótico y neurótico (trastornos de angustia y otros trastornos fóbicos), confusión y delirio. Progresar a demencia si no se trata la enfermedad.

#### Referencias esenciales:

1. Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de Psiquiatría. 10ª ed. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
2. Berger. Psicología del Desarrollo. Infancia y Adolescencia. 7ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007.

#### **PALIPERIDONA EN EL ABORDAJE DE TRASTORNOS DE CONDUCTA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL.**

*María Pérez García*

*Licenciado en Medicina y Cirugía Especialista en Psiquiatría*

**Introducción:** La problemática conductual del adolescente constituye un tema de gran interés debido al incremento de la prevalencia en las últimas décadas (Hidalgo Vicario, 2013). Puesto que representa un ejemplo

paradigmático de la implicación de factores individuales, familiares y sociales, con frecuencia se lleva a cabo un tratamiento multimodal (farmacológico y psicológico).

**Objetivos:** Describir nuestra experiencia con paliperidona en el abordaje la problemática conductual de 6 niños atendidos en un centro de salud mental infanto-juvenil.

**Metodología:** Se describe la situación clínica basal de 6 pacientes, constituida por impulsividad y agresividad elevadas, y el estado clínico posterior obtenido tras iniciar tratamiento con paliperidona y con una media de 7 meses de seguimiento. Contamos con 5 eran casos incidentes en nuestro centro de salud mental y un caso remitido de otra área de salud de nuestra región. Se les pautó paliperidona a dosis de 3-6 mg/día. Resultados: La respuesta inicial fue valorada a los 2-3 meses de iniciar el tratamiento. La mayoría de los pacientes mejoraron su funcionamiento habitual en ámbitos escolar y familiar. La paliperidona fue, en general, bien tolerada, sin efectos adversos que obligaran a reducir dosis o suspender el fármaco.

**Conclusiones:** La paliperidona ha sido bien estudiada en población de pacientes adultos, resultando eficaz en esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. Aunque se han publicado trabajos de eficacia de paliperidona en niños y adolescentes para estas patologías (Perry, 2012), no se han encontrado trabajos que demuestren resultados favorables en la problemática conductual de niños y adolescentes. Este trabajo expone la buena respuesta de paliperidona para el control sintomático en los problemas de conducta de niños y adolescentes, aunque se requieren estudios que lo demuestren de forma empírica.

#### Referencias

1. Hidalgo Vicario M.I. (2013). Trastornos del comportamiento en la adolescencia. Un reto para la prevención. In Introducción. Factores de riesgo y protección (pp. 78-81).
2. Perry C.M. (2012). Paliperidona extended release in adolescents with schizophrenia. *Pediatr Drugs* 14[6], 417-427.

#### TRASTORNO DE DISRREGULACIÓN DEL AFECTO: APROPOSITO DE UN CASO

*Sully Bolaño Mendoza*

*MIR de 3º año de Psiquiatría Hospital Provincial de Toledo. Medico y Cirujano Universidad Metropolitana Barranquilla (Colombia) 2000.*

**INTRODUCCION:** La irritabilidad como síntoma de los trastornos del ánimo en los niños y adolescentes cada día toma más relevancia para ayudar en la diferenciación de los pacientes que presenta Trastorno Afectivo Bipolar y aquellos que a pesar de coincidir en algunos síntomas, no se podría hablar claramente de tener esta patología, pero sí que presentan un desorden importante del estado de ánimo que en muchos casos son TDAH o coexisten las dos patologías debido a la comorbilidad que presentan. La irritabilidad se define como: el estado emocional caracterizado por tener un bajo umbral para experimentar la ira en respuesta a eventos emocionales negativos. La ira se define como un estado disfórico asociado con impulsos agresivos.<sup>2</sup> El paciente que comentamos presentaba inquietud desde los primeros años y a los 6 años predominaban las alteraciones de conducta: impulsivo, con poca previsión de riesgo, irritable, conflictos frecuentes con iguales y alteraciones emocionales: ideas de desesperanza fluctuantes. A pesar del tratamiento para TAB farmacológico y psicológico, durante 3 años persistía la impulsividad e irritabilidad por lo que se revaluó el diagnóstico inicial.

**OBJETIVO:** Demostrar la importancia de hacer el diagnóstico diferencial entre los trastornos del ánimo en la infancia para hacer un abordaje terapéutico adecuado.

**MATERIAL Y METODO:** A partir de un caso clínico a tendido en consultas de Salud Mental Infanto Juvenil de Toledo realizamos una revisión bibliográfica de los criterios diagnósticos del T. de disregulación pubmed, EMBASE y PsycInfo con las palabras claves "Dysregulation and irritability". Centrándonos en el diagnóstico diferencial con el trastorno afectivo bipolar.

**CONCLUSION:** Un seguimiento adecuado en nuestro caso fue la clave para reevaluar el diagnóstico de TAB previo del paciente y observar que cumple los criterios de de trastorno de disregulación emocional.

#### BIBLIOGRAFIA:

1. Leibenluft. E. Severe Mood Dysregulation, Irrita-

bility, and the Diagnostic Boundaries of Bipolar Disorder in Youths. *Am J Psychiatry* 168:

2. February 2011. 2. Brendan A. Rich and Ellen Leibenluft. Irritability in Pediatric Mania. *Clinical Neuropsychiatry* (2006) 3, 3, 205 -218.

### **TIPO DE VÍNCULO EN NIÑOS DE 4 A 8 AÑOS DE LA COMARCA INTERIOR DE BIZKAIA QUE NUNCA HAN RECIBIDO ASISTENCIA EN SALUD MENTAL**

*Maite Ramírez Trapero*

*Psiquiatra infanto-juvenil. Licenciada en Medicina y Cirugía General (1988-1993) por la Universidad del País Vasco. Especializada en Psiquiatría en el Hospital de Galdakao, Bizkaia (1994-1997). Trabaja como psiquiatra en Oskidetza desde febrero de 1998 y desde septiembre de 2008 como psiquiatra de niños y adolescentes con plaza en propiedad en el Centro de Salud Mental Infanto-juvenil de Galdakao.*

**INTRODUCCIÓN/ANTECEDENTES:** El Centro de Salud Mental de Galdakao es un centro público que atiende a unos 43000 menores de 18 años residentes en la Comarca Interior de Bizkaia. En los últimos años, la demanda de asistencia por problemas de salud mental está experimentando un aumento constante (cuantificado en un 55% más de casos nuevos de 2010 a 2013). Sabemos que el tipo de vínculo es un factor de riesgo para presentar trastornos mentales. Asimismo, existen métodos para evaluar el tipo de vínculo adaptados a distintas edades e intervenciones que han demostrado eficacia para tratar de modificarlo.

**HIPÓTESIS Y OBJETIVOS:** Los estudios epidemiológicos realizados en diferentes países en población general clasifican como apegos seguros a aproximadamente el 65% de los niños. La muestra utilizada (N=40) son los controles de un estudio realizado en 2013 que pretendía comparar la tasa de apegos seguros e inseguros en población clínica y población sin diagnóstico de trastorno mental. Por lo tanto, esperamos que los niños que nunca han recibido tratamiento tengan una tasa de apegos seguros cercana al 65% descrito en la literatura. Objetivo principal: medir la tasa de vínculos seguros e inseguros en 40 niños de 4 a 8 años

reclutados en Atención Primaria de la Comarca Interior que nunca han sido derivados a Salud Mental. Objetivos secundarios: comparar el tipo de vínculo en función del sexo y el rango de edad de la muestra. Clasificar los tipos de vínculo inseguro en los tres subtipos (ambivalentes, evitativos y desorganizados)

**MATERIAL Y MÉTODOS:** medimos el estilo de apego con el test ACST (Attachment Completion Story Task) corregido con el sistema Gloger-Tippelt (versión 2000). Analizamos los resultados con el SPSS (versión 19).

**RESULTADOS:** encontramos una tasa de apegos seguros muy inferior a la esperada. Las diferencias entre los sexos son significativas, siendo más frecuentes los apegos inseguros en los varones. Por franja de edad, los niños de 6 a 8 años puntuaban más alto en el índice de seguridad que los de 4 a 6.

**CONCLUSIONES:** La tasa de apegos seguros encontrada en niños sin trastorno mental detectado en Atención Primaria es mucho más baja de lo esperado. Las diferencias encontradas entre niños y niñas, así como entre niños de 6 a 8 años y niños de 4 a 6 podría deberse al tipo de prueba empleada (test narrativo en el que la capacidad verbal puede interferir).

#### **REFERENCIAS ESENCIALES:**

1. Van Ijzendoorn, M., Schuengel, C., Bakermans-Kranenburg, M. 1999. Disorganized attachment in early childhood: meta analysis of precursors, concomitants and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11: 225-249.
2. Grossmann K., Grossmann K., Waters E. Attachment from infancy to adulthood: the major longitudinal studies. 2005. New York/London. The Guilford Press. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Walls S. Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. 1978. Hillsdale: Erlbaum. Main M, Cassidy J: Categories of response to reunion with the parent at age 6: predictable from infant attachment classifications and stable over a 1 month period. *Developmental Psychology* 1988; 24 (3): 415-26.

## LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LA PSICOSIS DE INICIO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

María Pérez García

Licenciado en Medicina y Cirugía Especialista en Psiquiatría

**Introducción:** El Palmitato de Paliperidona es un medicamento inyectable de aplicación mensual, efectivo en el control de los síntomas de la esquizofrenia, que ayuda a mejorar la adherencia al tratamiento de quienes enfrentan esta patología psiquiátrica. En el caso de la población infanto-juvenil, donde encontramos más dificultades para conseguir un cumplimiento terapéutico óptimo, este tratamiento podría tener una implicación importante. Según un estudio de la OMS de 2006 (1), el 61% de ingresos en unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria son mujeres y el 6% son niños o adolescentes. Los diagnósticos al ingreso de pacientes tratados con este tratamiento inyectable correspondían principalmente a trastornos del estado de ánimo (49%) y esquizofrenia (17%).

**Objetivos:** Exponer a través del caso de un preadolescente, respuesta clínica obtenida con tratamiento inyectable en comparación con otros tratamientos orales previamente ensayados.

**Metodología:** Se presentará un caso clínico desde que inicia la atención en unidad de salud mental infanto-juvenil y se describirá la evolución sintomática durante todo su proceso terapéutico, mencionando los resultados de los diversos psicofármacos empleados respecto al control de los síntomas, los efectos adversos y la adherencia.

**Resultados:** Aunque los tratamientos orales inicialmente empleados consiguen un control sintomático adecuado respecto a estado basal del paciente, aún persisten conductas disruptivas con pobre funcionamiento social y dudoso cumplimiento terapéutico óptimo, así como efectos adversos a nivel hormonal que obligan a sustituir tratamiento oral por inyectable mensual.

**Conclusiones:** No existen datos publicados sobre la utilización de palmitato de paliperidona en intervenciones tempranas en la psicosis (2), por lo que los resultados

obtenidos podrían ser relevantes para contemplar el uso de este tratamiento inyectable como una alternativa más en población infanto-juvenil.

### Referencias

1. Rodríguez J., Barrett T., Herrera J., de Roach F., Gallardo Y. Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en Panamá utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS. Panamá: 2006.
2. Murphy B.M., Brewer W.J. Intervención temprana en la psicosis: aspectos clínicos del tratamiento. *Advances in psychiatric treatment* 1[3], 14-21. 2013.

## REVISIÓN EN UHP ADOLESCENTES: EPIDEMIOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO

Jennifer FERNÁNDEZ Fernández

Residente de tercer año MIR en el área IV de Asturias. Licenciada en Medicina por la Universidad de Valladolid promoción 2004-2010

**Introducción/objetivos:** Entre los recursos de los que disponemos Salud Mental Infanto-juvenil, podemos contar con las no poco costosas Unidades de Hospitalización. El objetivo del estudio es realizar un análisis acerca de los ingresos realizados en una UHP infanto-juvenil y compararlo con los teóricamente más satisfactorios para este tipo de unidades. **Método:** El estudio realizado es de tipo descriptivo retrospectivo, usando como muestra los pacientes entre 12 y 18 años ingresados en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-juvenil durante 2013. Entre los datos a describir está la estancia media, las proporciones de sexos y los distintos diagnósticos.

**Resultados:** Del total de la muestra, 91 pacientes durante el año 2013, el 56% resultó ser del sexo femenino y 44% masculino. La estancia media hallada fue de 13,2 días. El diagnóstico más frecuentemente codificado fue F32, trastorno depresivo, con un total de 15 pacientes. Proporcionalmente: Diagnósticos % F00-09: Tr. M. orgánicos 2,38 F10-19: Tr. M. por uso de psicotropos 16,66 F20-29: Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes 1,19 F32: Tr. humor 16,66 F40-48: Tr. neuróticos 7,14 F50: Tr. C. A. 8,33 F60-69: Tr. personalidad 8,33 F70-79: Retraso Mental 4,76 F80-

89: Tr. desarrollo 3,57 F90-98: Tr. emocionales y del comportamiento que aparecen en niñez o adolescencia 29,76.

**Conclusiones:** Teniendo en cuenta la literatura de la que disponemos actualmente, hay ciertos diagnósticos que deberían ser criterios de exclusión para el ingreso como son Retraso Mental, Trastornos del Desarrollo, Trastorno Mental Orgánico y Trastorno por Abuso de Sustancias como primer diagnóstico que en nuestro caso ocupa poco más del 10% de los ingresos. Lo que respecta a estancias medias, las que podemos encontrar en la literatura están cerca del mes de ingreso, siendo en este caso muy inferior. Podemos concluir que aunque deberíamos de ser más rigurosos en los criterios de selección de pacientes para ingreso, y elevar el índice de ocupación, en general cumplimos las expectativas referentes a una unidad de estas características, siendo difícil en algunos casos la contención ambulatoria de pacientes con ciertas patologías por falta de estructuras intermedias.

**Referencias:**

1. Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. César Soutullo Esperón; María Jesús Mardomingo

### SÍNTOMAS DE PSICOTICISMO EN ADOLESCENTES IMPLICADOS EN CONDUCTAS DE BULLYING.

*Carlos Martínez Hinojosa*  
*Licenciado en Medicina. Residente en formación Psiquiatría.*

**Introducción/antecedentes:** El fenómeno “Bullying” es un problema que en los últimos años está siendo objeto de interés por parte de los profesionales de salud mental. Numerosos estudios han relacionado patología mental con este tipo de conductas.

**Hipótesis y Objetivos:** Determinar si los sujetos que han sido víctimas (acosados o expuestos) de “Bullying” presentan diferencias en las dimensión Psicoticismo del cuestionario SCL 90R (Syntom Checklist 90 Revised). **Material y Métodos:** 411 alumnos de secundaria cumplimentaron en el último trimestre del curso académico, la subescala Psicoticismo del SCL-90R y un Cuestionario

sobre las relaciones entre compañeros de clase (Fernández y Ortega, 1999).

**Resultados:** El cuestionario fue contestado por 411 alumnos y alumnas. La edad media fue  $13,86 \pm 1,38$  años; el 43,2% eran varones. 10 sujetos (2,4%) referían que habían sido sometidos a intimidación más de cuatro veces desde que comenzó el curso (variable Acosados). 67 adolescentes (16,3%) admitieron haber sido víctimas de intimidación más de cuatro veces desde hace al menos dos semanas (variable Expuestos). Tanto los sujetos Acosados como los Expuestos puntuaron de forma estadísticamente significativa en síntomas de psicoticismo. Apareciendo los síntomas de “tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante” y “sentirse siempre distante, sin sensación de intimidad con nadie” en ambos grupos (Acosados y Expuestos). Por otro lado, los síntomas de “tener la idea de que algo serio anda mal en su cuerpo”, “tener pensamientos que no son suyos” y “sentirse solo aunque esté con más gente” estuvieron presentes de forma estadísticamente significativa exclusivamente en el grupo Expuestos.

**Conclusiones:** Se pone de manifiesto la importancia que presenta este fenómeno en los alumnos adolescentes. Tanto el grupo de Acosados como el de Expuestos presentan más expresión psicopatológica de tipo psicótico que el resto de sus compañeros. Pensamos que estos datos llevan a reflexionar sobre la importancia del fenómeno y en la necesidad de establecer estrategias de actuación que permitan la detección y tratamiento de este tipo conductas de gran impacto en el individuo, escuela y familia.

**Referencias esenciales:**

1. Helen L Fisher et al. Bullying victimisation and risk of self harm in early adolescence: longitudinal cohort study. *Research BMJ*2012 April;344.

### ESTUDIO PILOTO SOBRE LA INFLUENCIA DE UNA DIETA LIBRE DE GLUTEN Y CASEÍNA EN LAS ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Pablo González Domenech  
Médico especialista en Psiquiatría

**Introducción.** Los trastornos del espectro autista (TEA) constituyen un grupo heterogéneo de alteraciones del neurodesarrollo que comparten clínicamente manifestaciones a tres niveles: comunicación, interacción social y conducta (patrones restringidos y estereotipados). La dieta libre de gluten y caseína, como enfoque etiopatogénico y terapéutico en los TEA, ha despertado gran interés en los últimos años, si bien existen aún muchas incógnitas en cuanto a su mecanismo de acción, perfil de respuesta, seguridad, etc.

**Hipótesis y Objetivos.** El objetivo principal de este estudio fue determinar la influencia que tiene sobre las alteraciones del comportamiento de niños y adolescentes diagnosticados de TEA una dieta alimentaria libre de gluten y caseína, e investigar si existe relación entre los cambios conductuales y los niveles urinarios de betacasomorfina (producto de la metabolización de la caseína).

**Material y métodos.** Se diseñó un ensayo clínico cruzado (cross-over) en el que participaron 28 niños y adolescentes diagnosticados de TEA, y en el que cada uno de ellos fue intervenido durante tres meses con una dieta que contiene gluten y caseína (dieta normal), y durante otros tres meses con una dieta libre de estos componentes (dieta de exclusión). Se asignó aleatoriamente el orden de intervención de cada participante (comenzar con un tipo u otro de dieta: GRUPO A, dieta normal seguida de dieta de exclusión; y GRUPO B, dieta de exclusión seguida de dieta normal). Se evaluó a los sujetos en tres momentos del estudio: antes de comenzar cualquier intervención dietética, tras el periodo de dieta normal y tras el periodo de dieta de exclusión. Cada evaluación consistió en la cumplimentación de tres cuestionarios validados para medir alteraciones de conducta en los trastornos del espectro autista (ABC-ECA, ERC III-A, ATEC) por parte de los padres, profesores y terapeutas de los participantes, y en la determinación de los niveles urinarios de betacasomorfina.

**Resultados.** No encontramos relación entre los cambios conductuales y niveles urinarios de betacasomorfina. En el GRUPO A, los valores del cuestionario ABC-ECA en los tres momentos de la evaluación no mostraron

diferencias estadísticamente significativas, aunque sí un descenso tras finalizar la dieta de exclusión. No obstante, los valores de la subescala “irritabilidad/agitación/llanto” sí presentan una disminución estadísticamente significativa tras la dieta de exclusión. Los valores del cuestionario ATEC (el más específico para valorar conducta y síntomas autísticos tras una intervención) en los tres momentos de la evaluación mostraron diferencias estadísticamente significativas, con puntuaciones más bajas tras finalizar la dieta de exclusión. Fueron igualmente significativos los valores de sus subescalas “sociabilidad” y “conciencia sensorial y cognitiva”. Los valores del cuestionario ERC III-A en los tres momentos de la evaluación no mostraron diferencias estadísticamente significativas, aunque sí un descenso tras finalizar la dieta de exclusión. En el GRUPO B, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre los valores del cuestionario ABC-ECA. Se observan diferencias estadísticamente significativas en los valores del cuestionario ATEC relacionadas con la dieta de exclusión, así como en las subescalas “salud física y comportamiento” y “habla, lenguaje y comunicación”. Se observan diferencias estadísticamente significativas entre los valores del cuestionario ERC III-A relacionadas con la aplicación de la dieta de exclusión, así como en la subescala “reacciones extrañas al entorno”.

**Conclusiones.** La dieta libre de gluten y caseína parece mejorar algunas alteraciones de conducta de niños y adolescentes diagnosticados de TEA medidas por los cuestionarios ABC-ECA, ATEC, y ERC III-A, si bien los resultados en este estudio piloto son limitados, lo que podría atribuirse al tamaño muestral o a la breve duración de la dieta de exclusión. Para aclarar dichas consideraciones, se ha iniciado un estudio similar ampliando a 6 meses la duración de la intervención.

#### Referencias esenciales.

1. Whiteley, P., et al (2010). The Scan Brit randomised, controlled, single-blind study of a gluten and casein free dietary intervention for children with autism spectrum disorders. *Nutr Neurosci* 13: 87-100.
2. Millward, C., Ferriter, M., Calver, S., and Connell-Jones, G. (2008). Gluten and casein free diets for autistic spectrum disorder. *CochraneDatabase Syst.Rev.*

## METILFENIDATO Y FENÓMENO DE RAYNAUD

*Sendoa Quijada Martín*  
*Licenciado en Medicina*

**Introducción:** El síndrome de Raynaud es una enfermedad que se caracteriza por una disminución de la circulación sanguínea en los dedos de las manos y de los pies, que produce dolor y cambios de coloración en dichas localizaciones produciendo una contracción de los vasos sanguíneos que entorpece la llegada de sangre. En nuestro caso tenemos a un adolescente de 17 años en tratamiento con metilfenidato de liberación prolongada 36 mg/día, y se aprecia cianosis, tumefacción y frialdad de los dedos de miembros superiores.

**Hipótesis y objetivos:** El objetivo es valorar la posibilidad de que el metilfenidato por su acción simpaticomimética pueda provocar cianosis y frialdad de los dedos de miembros superiores. **Material y objetivos:** Se trata de un paciente de 17 años, que fue diagnosticado de TDAH tipo combinado a los 6 años de edad, repercutiendo en su funcionamiento social y familiar, y que ha estado en seguimiento en su CSM de referencia y en tratamiento con metilfenidato en dosis ascendentes hasta 36 mg/día. Comenzó con el tratamiento médico a los 7 años, con mejoría de la sintomatología global y por ello se retiró el tratamiento desde los 15 años hasta los 17 cuando se reinstauró de nuevo. Durante este tiempo no ha tenido ninguna enfermedad médica ni ha seguido ningún otro tratamiento farmacológico. Tras el reinicio con metilfenidato, a los 10 días comienza con frialdad en los dedos de las manos, cambiando de coloración los dedos, aparte comienza con tumefacción y con parestesias de manera bilateral. Tras retirar el tratamiento farmacológico, desaparecen tales signos, pero tras volver a instaurar metilfenidato comienza con la misma sintomatología descrita a los 3 días

**Resultado y conclusiones:** Se han descrito más casos en que metilfenidato puede haber provocado tal efecto secundario, probablemente por su acción simpaticomimética. Estos episodios de vasoconstricción de las arterias y arteriolas de las extremidades podrían ser consecuencia de la acción simpaticomimética realizada por metilfenidato. Al retirar el tratamiento, desaparece

la sintomatología, en principio no hay que realizar otras pruebas complementarias y podría ser un fenómeno de Raynaud secundario.

### Referencias esenciales:

1. SEMERGEN - Medicina de Familia, Volume 39, Issue 6, Pages 330-334

## FOLIE À DEUX: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Laura Gallardo Borge*

*2010: Licenciada en Medicina por la Universidad de Valladolid 2011-2014: Residente de psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Valladolid 2013: Experto en Psicoterapia Integradora por la Universidad de Alcalá de Henares (Madrid) 2014: Estancia de 3 meses en Orygen Youth Health en Melbourne (Australia) 2014: Cursando Master en Psicoterapia Integradora por la Universidad de Alcalá de Henares*

**Introducción:** La folie à deux es un trastorno mental relativamente raro. Consiste en la transferencia de ideas delirantes en individuos de estrecha relación. Descrito en 1860 por Baillager como folie communiquée y tal y como se conoce hoy en 1877 por Lasègue y Falret. Galnick en 1942 describió varios subtipos: A- folie imposée, B-folie simultanée, C-folie communiquée y D-folie induite. La folie à deux ha sido clasificada, basándose en su fenomenología y no en su mecanismo etiológico, por la DSM-IV como un trastorno psicótico compartido y la CIE-10 como un trastorno delirante inducido. La DSM-5 prescinde de este diagnóstico, no haciendo diferencia con el diagnóstico de trastorno delirante (297.1)

**Objetivo:** Describir la folie à deux a través de un caso clínico en que una madre induce su delirio a un adolescente con una deficiencia física (hipoacusia) y psíquica que sumado a factores de riesgo como aislamiento social y familiar y dependencia favorece el no contacto con la realidad y la aparición del cuadro. **Material- Caso clínico:** Madre (inductor): 42 años, viuda (marido fallece a los meses de nacer paciente), ex-pareja diagnosticada psicosis tóxica con ideas delirantes que vivió hasta hace 2 años con ellos. En tratamiento en salud mental con mal cumplimiento y mala asistencia. Trastorno delirante de perjuicio, autorreferencial y erotomaniaco. Discurso incoherente. Paciente (inducido): 16 años, hijo único.

AP: trastorno reactivo de la vinculación en la infancia o en la niñez, TDAH, hipoacusia neurosensorial bilateral, retraso mental leve. Refiere sintomatología psicótica claramente en relación con el delirio de la madre y de la ex-pareja de esta. Enorme dependencia materna. Fracaso social.

**Tratamiento:** hospitalización del adolescente tras demanda materna quien refiere que “quiere acostarse con ella” e intento de poner a la madre en contacto con servicio de Salud Mental para reiniciar tratamiento (no buena adherencia a tratamiento ambulatorio, posterior ingreso en unidad de psiquiatría e reinicia tratamiento antipsicótico). Intervención psicosocial, retirada de la tutela, contacto con otros familiares.

**Discusión:** La folie à deux es aún hoy en día un desafío para la psiquiatría, es sin duda un enigma para entender la psicopatología, puesto que no parece tener explicaciones biológicas en su mecanismo de aparición y si mecanismos psicológicos y ambientales. Los adolescentes y los adultos jóvenes son más vulnerables a la psicosis, unido a que son los que menos acceden a los servicios de salud mental y que normalmente se encuentran aislados del entorno, hacen que en ocasiones el diagnóstico y su abordaje se vea dificultado; siendo necesario un trabajo interdisciplinar entre las diferentes administraciones (servicios sanitarios, servicios sociales, educación). La pregunta que nos realizamos después de estudiar este caso es ¿qué hubiera sucedido si no hubiera ocurrido la demanda de la madre al servicio de urgencias porque su hijo quisiera acostarse con ella? ¿Hasta dónde hubiera llegado el delirio compartido?

#### Bibliografía:

1. Teixeira J, Mota T and Fernandes J.C. Folie à deux: A case report. *Clinical Schizophrenia and Related Psychosis* (2013) Summer: 93-96
2. Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. American Psychiatric Association. May 17, 2013
3. Lasègue C and Falret J. La folie à deux ou folie communiquée. *Ann Med Psychol* (1877), 18: 321-355

## MIEDO A LA MADUREZ Y CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS EN ADOLESCENTES CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

*Eduardo Serrano*  
*Doctor en psicología*

**Introducción:** El miedo a la madurez (MF), descrito como el deseo de regresar a la seguridad de la infancia, es un constructo que se ha asociado a la evolución de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en adolescentes.

**Objetivo:** Estudiar la gravedad de los síntomas alimentarios, ansiedad, depresión y motivación para el cambio en adolescentes diagnosticados de TCA con y sin MF. Evaluar la relación entre el MF y la edad de inicio del TCA y el tiempo de tratamiento.

**Método:** Se evaluaron a 90 pacientes con TCA (12-17 años) (Media: 14.63; DE: 1.51) con el Inventario de depresión de Beck (BDI), el Inventario de ansiedad estado/rasgo (STAI), el Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2), y el Cuestionario de etapas de cambio en anorexia nerviosa (ANSOCQ). Se consideró que un paciente tenía elevado miedo a la madurez a una puntuación de la escala MF del EDI-2 superior a la media del total de la muestra más una desviación estándar. Resultados: Un elevado MF se asoció a una mayor gravedad de la sintomatología depresiva ( $p=.014$ ), ansiedad estado ( $p=.008$ ), ansiedad rasgo ( $p=.003$ ), más síntomas alimentarios [todas las escalas del EDI-2 a excepción de obsesión por la delgadez ( $p=.122$ ) y ascetismo ( $p=.083$ )] y a una menor motivación para el cambio ( $p=.019$ ). Se encontró una correlación negativa significativa entre el MF y el tiempo de tratamiento ( $r=-.217$ ;  $p=.040$ ). El MF no correlacionó con la edad de inicio de la enfermedad.

**Conclusiones:** Los adolescentes con TCA y elevado MF presentan un cuadro psicopatológico caracterizado por más síntomas interiorizados y una menor disposición para introducir cambios que conlleven a una mejora del trastorno. El tratamiento del TCA parece disminuir el miedo a la madurez en pacientes adolescentes.

## CONSECUENCIAS DE LA EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DEL TDAH, A PROPÓSITO DE UN CASO.

*Isabel Sevillano Benito*

*Especialista en Pediatría Actualmente MIR-1 Psiquiatría en Hospital Clínico Universitario de Valladolid Interesada en especializarme como Psiquiatra Infanto-juvenil*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** El TDAH, enfermedad neurobiológica de inicio en la infancia, puede presentar síntomas significativos en la edad adulta. Es un trastorno crónico que persiste en la edad adulta hasta en un 60% de los casos diagnosticados en la infancia. Existen otras comorbilidades que lo pueden enmascarar cuando acuden a la consulta del psiquiatra general por primera vez.

**MÉTODOS:** Mmujer de 19 años, estudiante universitaria; que acude a consulta por presentar clínica depresiva, disforia, irritabilidad e insomnio. Hija única. Embarazo, parto y desarrollo psicomotor normales. Bien con iguales. Buenos rendimientos académicos hasta la secundaria. Seguimiento en Psiquiatría Infantil desde los 12 años por dificultades de atención y fracaso escolar; diagnosticada de TDAH-combinado. Tratamiento: Concerta® 54 mg/día; presentando escasa mejoría.

**RESULTADOS:** Retirada progresiva de medicación e inicio de psicoterapia familiar y sistémica. Destaca un absoluto rechazo de los padres hacia su hija, falta de cariño y un padre incapaz de intervenir en su educación. La paciente muestra mejoría de la autoestima y del estado de ánimo al “sentirse escuchada y apoyada” por primera vez. Al persistir sintomatología depresiva se inicia atomoxetina (Strattera®) a 40mg/día, consiguiendo estabilización progresiva de los síntomas.

**CONCLUSIONES:** Los síntomas del TDAH pueden generar sentimientos de baja autoestima, depresión y sensación crónica de fracaso a largo plazo. Es necesario un tratamiento completo, incluyendo las comorbilidades asociadas, que se encuentran presentes en el 75-80% de los casos. Hay que planificar adecuadamente la transición al pasar de la infancia a la edad adulta para poder asegurar la continuidad en la atención específica. En este proceso están implicados pediatras, médicos de

familia y psiquiatras infantiles y generales; por lo que deben coordinarse adecuadamente, involucrando al individuo y su familia. Se obtienen mejores resultados si se planifica esta transición.

## REFERENCIAS

1. National Clinical Practice Guideline. (NICE). Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. 2009. J
2. R Valdizán, AC Izaguerri-Gracia. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. Rev Neurol, 2009; 48 (supl2):S95-9. Milwaukee Young Adult Outcome Study. Barkley, RA, Murphy KR and Fisher M, 2008.NY: Guilford.

## BULLYING EN ADOLESCENTES DE VALLADOLID.

*Isabel Sevillano Benito*

*Especialista en Pediatría Actualmente MIR-1 Psiquiatría en Hospital Clínico Universitario de Valladolid Interesada en especializarme como Psiquiatra Infanto-juvenil*

**INTRODUCCIÓN:** Presentamos resultados de un estudio descriptivo, trabajo predoctoral realizado para la Universidad de Valladolid en 2010. Valoraremos el acoso escolar y la fobia social en relación al rendimiento académico, al sexo y al desarrollo evolutivo.

**OBJETIVOS:** Describir la prevalencia de víctimas y agresores por sexo. Encontrar relaciones entre las distintas formas de bullying y la fobia social en adolescentes.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio transversal descriptivo. Utilizamos la Escala de Indicadores de Vulnerabilidad ante el acoso escolar desarrollada por el Departamento de Psicología. Muestra de 1283 adolescentes de 11 a 19 años, escolarizados en centros públicos de Valladolid durante el curso 2010.

**RESULTADOS:** Prevalencia de víctimas del 13.99% (12.75% chicas y 15.26% chicos), frente al 20% de agresores (15.93% chicas y 24.14% chicos). El 13.99% de la muestra había sufrido algún tipo de acoso escolar. El 20% confiesa haber cometido algún tipo de acoso. Existe correlación significativa entre ansiedad social y acoso escolar. Ser mujer y padecer cierta ansiedad sitúa a

la adolescente en un alto nivel de vulnerabilidad.

**CONCLUSIONES:** Existe relación entre las distintas formas de bullying y la ansiedad social. No se encontró relación entre las variables sexo y víctima pero sí entre las variables sexo y agresor. Las mujeres muestran mayor ansiedad social y ésta se agrava cuando son víctimas.

#### REFERENCIAS

1. Avilés Martínez, J. M. y Monjas Casares, I. (2005). Estudio de incidencia de la intimidación y el maltrato entre iguales en la educación secundaria obligatoria mediante el cuestionario CIMEI (Avilés, 1999) –Cuestionario sobre intimidación y maltrato entre iguales- *Anales de Psicología*, 21 (1), 27-41.
2. Caballo, V. E., González, S., Alonso, V. e Iruetia, M. J. (2007). El «cuestionario de interacción social para niños» (CISO-N): un nuevo instrumento para la evaluación de la ansiedad social en niños. *Psicología Conductual*, 15 (1), 77-93.
3. Cerezo, F. (2009). Bullying: Análisis de la situación en las aulas españolas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9 (3), 367-378.
4. Oñate, A. y Piñuel, I. (2007). “Acoso y Violencia Escolar en España. Informe Cisneros X”. Madrid: Editorial IIEDDI.

#### ANÁLISIS RETROSPECTIVO(2011-2013) DE CASOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL (CSMIJ)INCLUIDOS EN EL PROGRAMA INTERXARXES (P.I.X.)

*Marta Dot Pallerés*

*Psicóloga clínica. Adjunta Centro Salud Mental Infanto-Juvenil Horta-Guinardó (Barcelona). Hospital Sant Rafael. Ex-coordinadora CSMIJ (2003-2010) Miembro Comité Técnico del Programa Interxarxes desde 2000*

**Introducción:** El Programa Interxarxes (PIX) nace en el año 2000 como red socio-educativa-sanitaria, centrandose su acción en la atención a niños y familias en riesgo social, con una concepción comunitaria y con intervenciones interdisciplinarias. Su método se caracteriza por el rigor en la construcción del caso: - Constitución de la red profesional del caso (escuela, salud y servicios sociales)

- Evaluación diagnóstica - Plan de trabajo (estrategias conjuntas de abordaje ) ( El CSMIJ de Horta-Guinardó (Barcelona) incluye en el PIX los casos según criterio de complejidad y número de Servicios implicados. Hipótesis Incluir en el PIX casos con distocia social asociada ayuda a estructurar las intervenciones y la coordinación entre los profesionales, facilitando el seguimiento de los mismos.

**Objetivos:** Analizar diagnósticos y estrategias de abordaje en los casos incluidos en el PIX.

**Metodología:** Revisión de historias clínicas y actas de reuniones de coordinación del equipo del caso.

**Resultados:** Han sido incluidos en el PIX 67 menores (34 familias), de los cuales 22 ( 16 familias) son pacientes atendidos en el CSMIJ , correspondiente a un 32,83%. Diagnósticos según clasificación CIE-9: 2- 301.7 (Tr. antisocial); 1- 301.83 (Tr.límite); 2- 309.0 (Tr.adaptativo con ánimo deprimido); 2- 309.24 (Tr.adaptativo con ansiedad); 1- 309.28 (Tr. adaptativo mixto); 2- 309.3 (Tr.adaptativo con trastorno de conducta); 4- 313 (Tr. hiperansioso); 1- 313.81 (Tr.oposicionista-desafiante); 3- 315.5 (Tr.mixto del desarrollo); 4- 315.9 (Retraso desarrollo NE). En cada caso interviene un equipo multidisciplinar de la red pública de Salud, Atención Social y Educación. Se realizaron reuniones trimestrales para establecer y/o revisar acuerdos pactados y valorar la evolución.

**Conclusiones** Incluir casos complejos en el PIX ha sido útil para elaborar estrategias y acciones consensuadas que facilitan la coherencia en los distintos abordajes, revirtiendo positivamente en el seguimiento de los mismos. Referencias Ubieto, JR (2012). La construcción del caso en el trabajo en red. Teoría y práctica. Barcelona Ed.UOC

#### SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES IMPLICADOS EN CONDUCTAS DE BULLYING

*Carlos Martínez*

*Licenciado en Medicina Médico Interno Residente de Psiquiatría (3r año).*

**Introducción/antecedentes:** El fenómeno “Bullying” es un problema que en los últimos años está siendo objeto de interés por parte de los profesionales de salud mental. Numerosos estudios han relacionado patología mental con este tipo de conductas.

**Hipótesis y Objetivos:** Determinar si los sujetos que han sido víctimas (acosados o expuestos) de “Bullying” presentan diferencias en la dimensión Depresión del cuestionario SCL 90R (Symptom Checklist 90 Revised). **Material y Métodos:** 411 alumnos de secundaria cumplieron en el último trimestre del curso académico, la subescala Depresión del SCL-90R y un Cuestionario sobre las relaciones entre compañeros de clase (Fernández y Ortega, 1999).

**Resultados:** El cuestionario fue contestado por 411 alumnos y alumnas. La edad media fue  $13,86 \pm 1,38$  años; el 43,2% eran varones. 10 sujetos (2,4%) referían que habían sido sometidos a intimidación más de cuatro veces desde que comenzó el curso (variable Acosados). Por otra parte, 67 adolescentes (16,3%) admitieron haber sido víctimas de intimidación más de cuatro veces desde hace al menos dos semanas (variable Expuestos). Tanto los sujetos Acosados como los Expuestos puntuaron de forma estadísticamente significativa en síntomas de depresión. Apareciendo los síntomas de “Llorar fácilmente”, “Tener la sensación de estar atrapado o como encerrado”, “Sentirse solo”, “Sentirse triste” y “Tener la sensación de ser inútil o no valer nada” en ambos grupos (Acosados y Expuestos). Por otro lado, los síntomas de “Preocuparse demasiado por todo”, “Sentirse desesperanzado por el futuro” y “Sentir que todo requiere un gran esfuerzo” estuvieron presentes de forma estadísticamente significativa exclusivamente en el grupo Expuestos.

**Conclusiones:** Se pone de manifiesto la importancia que presenta este fenómeno en los alumnos adolescentes. Tanto el grupo de Acosados como el de Expuestos presentan más expresión psicopatológica de tipo depresivo que el resto de sus compañeros. Surge la necesidad de establecer estrategias de actuación en el ámbito de la Educación así como en el de la Salud Mental Infanto-Juvenil, que permitan la detección y tratamiento de este tipo de conductas de gran impacto en el individuo, escuela y familia.

#### Referencias esenciales:

1. Anat Brunstein Klomek et al. High school Bullying as a Risk for Later Depression and Suicidality. *Research Suicide Life Threat Behav.* 2011 October; 41(5): 501-516.

### TRASTORNO BIPOLAR EN CAPACIDAD INTELECTUAL LÍMITE, A PROPÓSITO DE UN CASO

*Verónica Ámez Cepeda*  
*MIR 4º año de Psiquiatría*

**INTRODUCCIÓN:** La comorbilidad entre discapacidad intelectual y otras patologías psiquiátricas en la infancia tiene una prevalencia de al menos el doble que en la población normal. Está frecuentemente asociado al TDAH al igual que ocurre con los Trastornos de conducta. Sin embargo, debido al enmascaramiento de los síntomas se tiende a infradiagnosticar los trastornos afectivos.

**OBJETIVOS:** Valorar la dificultad del diagnóstico en pacientes con discapacidad intelectual o capacidad intelectual límite por el solapamiento de la sintomatología.

**METODOLOGÍA:** Mujer de 16 años. Antecedentes de toxoplasmosis materna durante el embarazo. Diagnosticada de TDAH a los 6 años, en tratamiento con metilfenidato y atomoxetina durante 2 años con escasos resultados. A los 9 años precisa un ingreso hospitalario por graves alteraciones conductuales y heteroagresividad. Es diagnosticada de capacidad intelectual límite (CI: 80) y de trastorno negativista desafiante pautando tratamiento con risperidona 1.5 mg/día. La conducta disruptiva continúa, precisando varios ingresos por intervención en crisis. A los 15 años es ingresada por sintomatología maníaca. Describe episodios consistentes en 4-7 días de hipotimia, aislamiento, clinofilia... seguidos de forma brusca de otro periodo de hiperactividad física y del pensamiento, hipertimia, verborrea, insomnio... y posteriormente una fase que llama de “confusión” e irritabilidad en la que se producen las agresiones. Fue diagnosticada de Trastorno Bipolar y se pautó tratamiento con ácido valproico 1500 mg/día, risperidona 3 mg/día, escitalopram 10 mg/día y olanzapina 22.5mg/día.

**RESULTADOS:** Se realizaron EEG, hemograma y bioquímica (incluyendo hormonas tiroideas) con resultados normales. Tras el último ingreso se ha mantenido eutímica. Continúan algunas alteraciones conductuales propias de su baja CI pero que son fácilmente manejables.

**CONCLUSIONES:** Debemos diferenciar las alteraciones conductuales propias de la discapacidad intelectual de las producidas por trastornos afectivos. Existen escalas específicas para esta población (Developmental Behaviour Checklist, escalas Reiiis...). Es fundamental la valoración del paciente en todos los ámbitos posibles para tener una información completa que nos permita llegar a un diagnóstico.

#### REFERENCIAS:

1. Manual de Consenso sobre Funcionamiento Intelectual Límite. Salvador-Carulla et al., 2011. Practice Guidelines for Diagnostic, Treatment and Related Support Services for Persons with Developmental Disabilities and Serious Behavioural Problems. Gardner et al., 2006.

## SÍNTOMAS DE HOSTILIDAD EN ADOLESCENTES IMPLICADOS EN CONDUCTA DE BULLYING.

*Carlos Martínez Hinojosa*

*Licenciado en Medicina. Medico Interno Residente (3r año) de Psiquiatria*

**Introducción/antecedentes:** El fenómeno “Bullying” es un problema que en los últimos años está siendo objeto de interés por parte de los profesionales de salud mental. Numerosos estudios han relacionado patología mental con este tipo de conductas.

**Hipótesis y Objetivos:** Determinar si los sujetos que han sido víctimas (acosados o expuestos) de “Bullying” presentan diferencias en la dimensión Hostilidad del cuestionario SCL 90R (Symptom Checklist 90 Revised). **Material y Métodos:** 411 alumnos de secundaria cumplieron en el último trimestre del curso académico, la subescala Depresión del SCL-90R y un Cuestionario sobre las relaciones entre compañeros de clase (Fernández y Ortega, 1999).

**Resultados:** El cuestionario fue contestado por 411 alumnos y alumnas. La edad media fue  $13,86 \pm 1,38$  años; el 43,2% eran varones. 10 sujetos (2,4%) referían que habían sido sometidos a intimidación más de cuatro veces desde que comenzó el curso (variable Acosados). Por otra parte, 67 adolescentes (16,3%) admitieron haber sido víctimas de intimidación más de cuatro veces desde hace al menos dos semanas (variable Expuestos). Tanto los sujetos Acosados como los Expuestos puntuaron de forma estadísticamente significativa en síntomas de depresión. Apareciendo los síntomas de “Sentirse fácilmente molesto, irritado o enfadado” y “tener discusiones frecuentes” en ambos grupos (Acosados y Expuestos). Por otro lado, los síntomas de “tener ganas de romper o estrellar algo”, “Tener arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar”, “Sentir el impulso de pegar, golpear, hacer daño a alguien” y “gritar o tirar cosas” estuvieron presentes de forma estadísticamente significativa exclusivamente en el grupo Expuestos.

**Conclusiones:** Se pone de manifiesto la importancia que presenta este fenómeno en los alumnos adolescentes. Tanto el grupo de Acosados como el de Expuestos presentan más expresión psicopatológica de tipo hostil que el resto de sus compañeros. Surge la necesidad de establecer estrategias de actuación en el ámbito de la Educación así como en el de la Salud Mental Infanto-Juvenil, que permitan la detección y tratamiento de este tipo de conductas de gran impacto en el individuo, escuela y familia.

#### Referencias esenciales:

1. Anat Brunstein Klomek et al. High school Bullying as a Risk for Later Depression and Suicidality. *Research Suicide Life Threat Behav.* 2011 October; 41(5): 501-516.

## ESTUDIO DE LA POBLACIÓN DIAGNOSTICADA DE TGD EN LA UPIJ DEL CHUC

*Josue Monzon Diaz*

*Psiquiatra. Unidad de Psiquiatria Infantil y Juvenil. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias*

**Introducción:** El Trastorno generalizado del desarrollo (TGD) constituye uno de los cuadros más importantes de la psicopatología de la infancia. Abarca varios tipos

de trastornos tales como: el trastorno autista, trastorno de Asperger, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil y trastorno generalizado del desarrollo no especificado. En su etiología están implicados muchos factores diferentes y posee distintos niveles de gravedad. Su diagnóstico está basado actualmente en criterios clínicos que encontramos recogidos en escalas evaluativas que nos permiten identificar un TGD. Frecuentemente aparecen trastornos de conducta grave y la ausencia de mecanismos de autorregulación o inhibición conductual, requiriendo tratamiento psicofarmacológico. Así mismo, intervenciones como la consulta a los padres, la educación especial, la educación de integración sensorial, han conseguido efectos positivos.

**Hipótesis/Objetivos:** Realizaremos un estudio unicéntrico, retrospectivo y descriptivo de toda la población diagnosticada de TGD en el complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

**Material y método:** Se realizará una revisión de las historias clínicas, donde se valorará el inicio de control en la unidad, la presencia de comorbilidades y los distintos tratamientos psicofarmacológicos e intervenciones sociales y educativas. Análisis estadístico Se hará un análisis descriptivo de todas las variables al inicio del estudio. Aquellas continuas se expresarán como media y desviación estándar; las cualitativas en frecuencias absolutas, porcentajes y proporciones. Se considerará un nivel de significación de al menos 0,05 para todas las pruebas.

**Conclusiones:** El TGD constituye un cuadro grave que requiere de una intervención multimodal, que cuanto más precoz, mejor pronóstico.

#### Bibliografía

1. Tsai LY: Rett síndrome. Chile and Adolescent Psychiatric. Clinics Of north America 3:105-118, 1994.
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders, 3rd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980.

### MUTISMO SELECTIVO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

*Valentina Ivanova Dimitrova*  
*Médico Interno Residente de Psiquiatría*

**Introducción/antecedentes:** El mutismo selectivo es un trastorno de la conducta cuya característica principal es la inhibición persistente del habla en determinadas situaciones sociales. Suele iniciarse en la edad preescolar, en niños que previamente han desarrollado un lenguaje normal y han presentado adecuado nivel comunicativo para su edad, que de forma espontánea presentan un silencio selectivo en determinados contextos social que rompen solo en situaciones muy familiares.

**Hipótesis y objetivos:** Exponer el caso clínico de una niña de 4 años derivada por su pediatra a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil porque, según refiere la madre, desde hace 1 año, coincidiendo con la escolarización, de forma progresiva presenta inhibición conductual, aislamiento social, rechazo escolar, mutismo en el colegio y disminución del habla espontáneo en casa. Tiene dos amigas que cuando no juegan con los otros niños, están con ella. Es una niña tímida, callada y con actitud más retraída con iguales que con adultos; tiende a entretenerse sola. Desarrollo psicomotriz y del lenguaje normal. Unidad familiar: padre, camionero, madre (suicidio de una hermana hace 3 años), ama de casa, y hermana de 2 años, sana. Material y métodos: Revisión bibliográfica al estilo Vancouver, utilizando libros de medicina, revistas científicas y artículos de la red.

**Resultados:** Algunos autores consideran que el mutismo selectivo es un problema de la comunicación, para otros es un desorden psicológico multicausal en el cual intervienen factores hereditarios (vulnerabilidad de tipo ansiógeno), y otros de tipo ambiental relacionados con el contexto familiar, escolar y social lo que requiere un diagnóstico diferencial exhaustivo.

**Conclusiones:** El mutismo selectivo conlleva un gran sufrimiento personal y familiar con posible repercusión negativa en la adaptación al entorno escolar y psicosocial del niño, por lo que precisa de un abordaje integrador y multidisciplinar.

#### Referencias:

1. Balbuena Teruel, Sergio; Rueda Lozano, Inmaculada CEIP Juan Cano. López Herrero, Paz Univer-

sidad de Granada. Estudio de un caso de mutismo selectivo: evaluación e intervención en el contexto escolar. *Análisis y Modificación de Conducta* 2012 Olivares Rodríguez, J., Rosa Alcázar, A. I. y Olivares Olivares, P. J. (2007). Tratamiento Psicológico del Mutismo Selectivo. Madrid: Pirámide

### ESTUDIO PSICOPATOLOGICO Y DE CALIDAD DE VIDA EN ADOLESCENTES CON OBESIDAD MORBIDA PARA COLOCACIÓN DE BALON INTRAGASTRICO (BIG) COMPARADO CON GRUPO CONTROL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRANSPLANTE RENAL PEDIATRICO (TRP)

*Karina A González*

*Licenciada en Psicología. Master en Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia.*

**Introducción.** En adolescentes con obesidad mórbida refractaria a los tratamientos habituales se planteó la utilización del Balón Intragástrico (BIG) en el Hospital Universitari Vall d'Hebron (HUVH) y por ello la valoración previa de la presencia de Trastornos Psiquiátricos, así como de su calidad de vida, lo que se realizó y comparó con los adolescentes atendidos en el mismo HUVH por trasplante renal. Hipótesis Los Adolescentes con obesidad mórbida refractaria y candidatos a con intervención de BIG grupo de estudio (GE), presentan una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos. GE presentan una menor calidad de vida.

**Objetivo Primario:** Determinar la presencia de trastornos psiquiátricos en el GE así como su calidad de vida.

**Material y Métodos.** La población objeto de estudio fue un Grupo de Adolescentes de 12 a 17 años de edad, atendidos en el Servicio de Endocrinología Pediátrica por Obesidad mórbida refractaria a las intervenciones habituales (dieta, psicoeducación, inclusión en el programa individual y familiar de "adolescentes en movimiento" del Hospital Universitari Vall d'Hebrón y candidato a la colocación de un balón Intragástrico) grupo de estudio (GE). En todos, previamente, se procedió al consentimiento informado escrito de los padres o tutor

legal y del propio adolescente. En cada caso se procedió a la anamnesis, entrevistas de padre y del adolescente, examen clínico psiquiátrico, aplicación de la versión española completa de la entrevista estructurada: Kiddie-Schedule for Affective Disorders & Schizophrenia for School-Age Children Present & Lifetime Versión (K-SADS-PL) y aplicación del WISC IV. Para la calidad de vida se utilizó el cuestionario CHIP versión española adaptada por Rajmil. Los resultados, codificados, se agruparon y se compararon con los obtenidos, igualmente, en los pacientes adolescentes atendidos en Nefrología pediátrica por Trasplante renal.

**Análisis.** Los resultados obtenidos se han realizado con el software estadístico SPSS (Statistical Package for Social Science) Resultados. El grupo lo formaban 11 pacientes adolescentes GE, remitidos por el Equipo de Endocrinología Pediátrica y atendidos en la Unidad de Paidopsiquiatría del Servicio de Psiquiatría en el Hospital Vall d'Hebrón de Barcelona. Edad: 45% de 12-14 años y un 55% de 15 - 17 años de edad. Sexo: 73% Mujeres (8) y 27% Varones (3) Inteligencia: En todos ellos, al WISC IV-R, presentaban una inteligencia en la normalidad. Trastornos Psiquiátricos en BIG y TR: Se observa que hay mayor presencia de Trastorno Psiquiátrico y Comorbilidad en el grupo de control de Trasplantados renales que en el grupo de estudio de candidatos a BIG. (con la prueba de Chi cuadrado). 70% TRP vs 55% BIG Calidad de Vida en BIG-TR: Se obtuvieron las medias y desviaciones típicas de las Dimensiones del Test CHIP-AE en la condición de BIG-TRP. Se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en la dimensión del CHIP-AE Satisfacción. Comparativa CHIP-AE CHIP-PE en BIG: padres vs hijos: con los siguientes hallazgos diferenciales significativos estadísticamente: Los padres valoran la Calidad de Vida mucho peor que los propios adolescentes, significativo en las Dimensiones de Satisfacción, Bienestar y Resistencia.

**Conclusiones.** La presencia de Trastornos Psiquiátricos en este grupo es baja y mucho menor que la presente en el caso de los adolescentes con trasplante renal. La calidad de vida está por debajo de lo normal y es peor que la percibida por los adolescentes con trasplante renal y especialmente evidenciado en la Dimensión de Satisfacción. También es estadísticamente significativa la diferencia en la percepción de Calidad de Vida entre

padres e hijos. Los padres valoran la Calidad de Vida mucho peor que los propios adolescentes, significativo en las Dimensiones de Satisfacción, Bienestar y Resistencia.

### COMORBILIDAD ENTRE AUTISMO Y ESQUIZOFRENIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

*María del Rosario Hernando Segura*  
M.I.R

**Introducción:** Bleuler habló por primera vez en 1911 del autismo como una alteración dentro de la esquizofrenia. En 1980, con la aparición del DSM-III, se separaron como entidades diferentes. Actualmente las evidencias científicas establecen una relación genética entre ellas y en algunos casos existen solapamiento de síntomas.

**Objetivos:** Exponer un caso y realizar revisión bibliográfica

**Métodos:** Paciente de 16 años, que ingresa por episodio psicótico. Embarazo y parto normal. Retraso en la adquisición de la sonrisa social. Escolarización a los 3 años. Jugaba solo. Problemas de lecto-escritura. Desde pequeño dificultades en la interacción social (rechazado por pares), comportamientos repetitivos (acumular objetos en armarios), intereses inusuales (hoteles, aviones). Discurso plagado de fechas. Dificultad en comprender el lenguaje figurado, escasa empatía. A los 6 años acude a un psicólogo por “tristeza” “, “dificultades de socialización”. A los 10 años ingresa, recibiendo el diagnóstico de “trastorno depresivo grave”. Desde los 12 años no ha realizado seguimiento ni tratamiento. Actualmente el paciente está perplejo, no mantiene contacto ocular, suspicaz, finalmente refiere ideación delirante de perjuicio y alucinaciones auditivas en forma de gritos.

**Resultados:** Se realiza Raven, C.I. 111. -Se aplica módulo 4 de ADOS-G: alteraciones en la interacción social recíproca y comportamientos estereotipados e intereses restringidos. Se diagnostica de Trastorno del espectro autista (TEA) y de un Trastorno del espectro de la esquizofrenia. Se trata con Risperidona hasta 6mg/día, mejorando los síntomas psicóticos.

**Conclusiones:** Diferentes estudios apuntan que existe

relación clínica y biológica entre ambas entidades. Deleciones específicas asociadas con Esquizofrenia, como el 22q11.2, también están asociadas con autismo. Además comparten alteraciones en la estructura cerebral. A pesar de esto, los criterios diagnósticos las diferencian. Para confirmar comorbilidad es necesario que la sintomatología psicótica no forme parte del diagnóstico de TEA.

#### Referencias:

1. Rapoport J, Chavez A, Greenstein D, et al. Autism spectrum disorders and childhood-onset schizophrenia: clinical and biological contributions to a relation revisited. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48:10-18
2. Paula Perez, I. Diagnóstico diferencial entre el espectro autista y el espectro esquizofrénico. *Rev neurol* 2012; 54(supl 1):S51-S62

### CAMBIO DE PERSONALIDAD Y EPILEPSIA

*Sara Mayo González*

*Licenciado en Medicina y Cirugía (Universidad de Valladolid; 2001-2007) Especialista MFyC (Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 2008-2012) MIR primer año Psiquiatría HUBU*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:** Los niños con epilepsia presentan más problemas conductuales y cognitivos que niños con otras enfermedades crónicas. Se presenta el caso de un niño con diagnóstico de epilepsia parcial con crisis parciales secundariamente generalizadas (EPCPSG) en el que se detecta una alteración del comportamiento. A propósito del mismo hacemos una revisión del tema.

**MÉTODOS:** Niño de 11 años sin antecedentes psiquiátricos ni somáticos. Lo describen como alegre, espontáneo, bromista y cariñoso. Presenta un adecuado funcionamiento social, familiar y escolar. En los meses previos a la primera y única crisis epiléptica se describen algunas alteraciones comportamentales que son consideradas evolutivas por lo que no demandan atención especializada. Las características de la crisis corresponden a una EPCPSG que requiere ingreso en UCI.

128

**RESULTADOS:** La exploración física, analítica y RM craneal fueron normales. EEG con trazado de base normal y actividad irritativa focal a nivel fronto temporal de hemisferio izquierdo. Recibe tratamiento con Levetiracetam. Dos meses después es valorado en consulta de Psiquiatría Infanto Juvenil, la madre refiere su preocupación por un cambio de carácter que le resulta llamativo. Además ha comenzado a tener dificultades académicas y de relación con iguales. En la primera consulta no se objetiva sintomatología afectiva ni clínica ansiosa o fobias. Mantiene un contacto adecuado y una buena sintonía afectiva. No se pauta tratamiento psicofarmacológico y continúa en seguimiento.

**CONCLUSIONES:** Se ha discutido mucho sobre la existencia de una personalidad epiléptica o trastorno caracterial peculiar. Autores como Kraepelin definían bradipsiquia, viscosidad, afectividad pegajosa y explosividad como rasgos de dicha personalidad. A los niños los describen tensos, dependientes, socialmente aislados y con baja autoestima. Pueden presentar gran variedad de trastornos psiquiátricos sin que pueda hablarse de una psicopatología específica. Entre las epilepsias temporales se registra una mayor frecuencia de trastornos psiquiátricos. Los factores de riesgo que los determinan son muchos, considerando la enfermedad orgánico-cerebral que determina la epilepsia, la posibilidad de descargas subclínicas, el tratamiento antiepiléptico y una reacción de tensión psíquica.

#### REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA:

1. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría, 7ª ed. Barcelona: Masson; 2011.

### GRUPO PSICOEDUCATIVO PARA PADRES DE NIÑOS CON TDHA EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

*Salomé Juan Vidal*

*Licenciada en Medicina. Especialidad psiquiatría*

**Introducción/antecedentes:** Los grupos de padres con entrenamiento en el manejo de las conductas de sus hijos han demostrado su eficacia en el tratamiento del TDHA combinados con el uso de medicación y apoyo escolar. Se ha demostrado que cuanto mayor es el conocimiento

de la enfermedad de su hijo ,mayor ayuda , mejor comprensión del problema , menor estres familiar y mejor evolución de los síntomas.

**Hipotesis y Objetivos:** Se pretende demostrar la utilidad clínica de estos grupos a través de cuestionarios pasados pre y postgrupo además de la impresión clínica.

**Material y métodos:** Grupo formado por padres de 5 niños con edades comprendidas entre 8-12 años, con el diagnóstico de TDHA y TND comórbido. Se realizaron 6 sesiones con frecuencia semanal de 90 minutos de duración y una sesión de recuerdo a los tres meses. El contenido de las sesiones fue el siguiente: Primera: que es el TDHA y el TND. Segunda: atención y órdenes adecuadas, tiempo especial. Tercera :economía de fichas y resolución de conflictos. Cuarta : tiempo fuera y escuela. Quinta : como actuar en un lugar público y amigos. Sexta :decálogo de Barkley y repaso. A los tres meses se hizo sesión recordatoria. Se pasaron un cuestionario de recogida de información general elaborado por el propio hospital solo en la primera sesión ,Achenbach para padres (CBCL) y profesores (TRF) y ADHD-IV padres / profesores en la primera sesión y en el recordatorio a los tres meses.

**Resultados:** Hubo mejoría clínica en los niños objetivada por los clínicos y por los cuestionarios administrados. Las puntuaciones en los cuestionarios ADHD-IV y Achenbach fueron menores después de finalizado el grupo y tanto los administrados a padres como profesores.

**Conclusiones:** Los grupos de entrenamiento a padres son una herramienta útil para el tratamiento de niños con TDHA y TND asociado .

#### Referencias esenciales:

1. Barkley RA. Your defiant child. The Guilford Press, New York, 1998. Guía de práctica clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en niños y adolescentes. Guía de Práctica Clínica SNS. Ministerio de Ciencia e Innovación, 2010.

### SINDROME DE BARDET-BIEDL. UNA FORMA DE AUTISMO SECUNDARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

*Débora López Marco*

*Licenciada Medicina y Cirugía. Especialista en Psiquiatría. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.*

**Introducción:** El síndrome de Bardet-Biedl es una enfermedad genética rara de tipo ciliopático que produce efectos muy diversos en los sistemas orgánicos (multisistémica). Principalmente se caracteriza por manifestaciones de obesidad, retinitis pigmentosa, polidactilia, retraso mental y au, hipogonadismo e insuficiencia renal en algunos casos.

**Objetivos:** exponer el caso clínico de un adolescente de 16 que acude a nuestra Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil a la edad de 11 años por presentar conductas autolesivas en cara.

**Material y métodos:** Visto previamente en consultas de Endocrino por hipotiroidismo congénito. Presenta rasgos compatibles con una Discapacidad Psíquica asociado a déficit motórico y rasgos clínicos compatibles con un Trastorno del Espectro Autista. Visto previamente por neuropediatría por Retraso Psicomotor y retraso en el área del lenguaje. Tendencia a la impulsividad y conductas autoagresivas. Se realiza previamente cariotipo con patron de metilación normal en región crítica de Prader Willi a la edad de 2 años. Presenta a la exploración física: sindactilia entre 3º y 4º dedo de ambos pies. Tanner prepuberal. Acromimia. Dientes pequeños. obesidad importante. A la exploración psiquiátrica se observa ansiedad, tendencia a la heteroagresividad, escaso contacto ocular, lenguaje pobre, monotonó y mecanizado, poco uso funcional, intereses restrictivos y dificultad importante de interacción con iguales.

**Resultados y Conclusiones:** Tras realizar nueva interconsulta al Servicio de Endocrino remitimos a Genética Clínica confirmando el diagnóstico genético de Síndrome de Bardet-Biedl.

**Referencias esenciales:**

1. SV Martínez, MJ Bescós - Revista española de neuropsicología, 2005 Neuropsicología del Síndrome de Laurence-Moon-Bardet-Biedl: a propósito de un caso

## INTERVENCIÓN TEMPRANA EN MEDIO ACUÁTICO EN TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

*Cecilia Hernández González*

*Licenciada en Medicina. Actualmente Residente de Psiquiatría en el Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz)*

**Introducción:** Presentamos el caso de un niño de 5 años de edad diagnosticado de Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD) que participa en programa de atención temprana a autismo y desde el momento del diagnóstico a los 30 meses de edad participa en Programa de Intervención Temprana Acuática específico para niños con Trastorno del espectro autista (TEA), TGD y Retraso Madurativo, en programa de Surf Terapéutico.

**Objetivos:** Valorar la mejoría del niño en diferentes áreas del desarrollo. Métodos Trabajo directo con el niño, observación y evaluación continua de los progresos durante 2.5 años. Trabajo individualizado basado en:  
1. Dinamización y Educación en Ocio  
2. Actividad Acuática Terapéutica  
3. Tratamiento Psicoeducativo  
4. Educación y estimulación psicomotriz

**Resultados:** Mejora en diferentes áreas: 1. **F u n c i ó n** cognitivo-intelectual: -Control visual y procesos de atención. -Capacidad de aprendizaje, imitación, atención a ordenes en grupo. - Habilidades personales e interpersonales asociadas a su edad y desarrollo evolutivo. 2. **F u n c i ó n** Psicomotora - Capacidad de integrar y percibir su cuerpo. - Disminución total / parcial de conductas motoras estereotipadas 3. Habilidades Funcionales Acuáticas. 4. Habilidades Funcionales Deportivas. 5. Desarrollo socio-comunicativo. - Capacidad de compartir y desarrollar actividades dirigidas y espontáneas con el grupo de iguales. - Recepción y expresión comunicativa. Flexibilidad conductual. - Capacidad de compartir estados anímicos ajenos básicos. 6. Habilidades adaptativas. Mejora en la autonomía personal

**Conclusiones:** Con los resultados observados, nos vemos obligados a seguir estudiando y destacar la importancia de la Intervención Temprana y el uso del Me-

dio Acuático para el estímulo de habilidades y funciones deficitarias en los niños con estos trastornos.

#### Bibliografía (Referencias esenciales)

1. Cazorla González J J, Cornellá Canals J. Un proyecto terapéutico: Las posibilidades de la fisioterapia en el tratamiento multidisciplinar del autismo. Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2013;30(4): 26-35
2. F Mulas, G Ros-Cervera, MG Millá. Modelos de intervención en niños con autismo. Rev Neurol 2010; 50 (Supl.3): S77-S84.
3. MG Millá, F Mulas . Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista. Rev Neurol, 2009; (Supl 2): S47-S52.

### TRASTORNO OBSESIVO COMPUSIVO-PANDAS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

*Nagore Iriarte Yoller*

*Licenciado en Medicina en la Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea. Cursando segundo año de residencia de psiquiatría.*

**Introducción:** El PANDAS (“Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder Associated with Streptococcal infections”) es un subgrupo de TOC (Trastorno obsesivo compulsivo) de inicio prepuberal, que presenta trastornos neuropsiquiátricos infantiles autoinmunes asociados a una infección por estreptococos beta hemolíticos del grupo A. Cursa con un inicio brusco de los síntomas tras la infección y la evolución está caracterizada por un empeoramiento rápido y súbito de los síntomas alternado con periodos de remisión. Se asocia a Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad o Trastornos de ansiedad. Métodos: Niña de 8 años que acude a consulta derivada por el pediatra por ansiedad. La paciente presenta un cuadro de dos meses de evolución, de inicio brusco, caracterizado por rituales nocturnos diarios en el baño y su habitación (colocando toallas, muñecos...) y lavados frecuentes de manos. En la exploración psicopatológica destaca fobias de impulsión con importante repercusión afectiva. Presenta además pensamientos e imágenes reiterativas e intrusivas sobre la muerte. Discurso fluido y coherente adecuado. Preocupación por el orden y la simetría. No

sintomatología neurológica asociada. Insomnio global y parasomnias. Coincidiendo temporalmente con el cuadro clínico la paciente presenta una faringitis hipertrófica. Resultados: Se realiza analítica sanguínea completa sin alteraciones. Cultivo del exudado faríngeo: ASLO (antiestreptolisina 0) 754UI/mL [0-200]. EEG tras privación de sueño y RMN craneal: sin alteraciones significativas. Tras tratamiento antibiótico, se evidenció remisión de la sintomatología con disminución del ASLO (456UI/mL). Al año volvió a presentar una reagudización del TOC con una nueva amigdalitis y elevación del ASLO que remitió en semanas.

**Conclusiones:** Es importante considerar este subgrupo de TOC a la hora del diagnóstico diferencial. En un cuadro de inicio brusco y sintomatología llamativa de TOC en la infancia y dada la frecuencia de trastornos comórbidos que pueden presentar estos pacientes, se debería tener en cuenta la realización de pruebas diagnósticas y estudios que ayudarían en la resolución del cuadro clínico.

#### Referencias:

1. TK. Murphy, EA. Storch “Clinical Factors Associated with Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infections”. J Pediatr 2012.
2. JM. Wiener, MK. Dulcan, “Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia”. 2006.

### CREA en TEA

*Débora López Marco*

*Licenciada Medicina y Cirugía. Psiquiatra.*

**Introducción/antecedentes:** El CREA nace con la intención de ofrecer una medida unitaria sobre un constructo complejo como es la creatividad. Parece que la persona que presente un Trastorno del Espectro Autista no se corresponden con las personas de características de la persona creativa, ya que en parte carecen de la capacidad de imaginar y de interpretar el mundo exterior. Sin embargo, las personas con Síndrome de Asperger presentan características creativas: inteligencia normal, fijación con un determinado tema, llegando a ser expertos en el mismo y le permite realizar creaciones nuevas, memoria inusual para captar ciertos detalles.

**Hipótesis y Objetivos:** se trata de explorar y usar una medida cognitiva de la creatividad en pacientes diagnosticado de Síndrome de Asperger. **Material y Métodos:** Se le pasa una prueba visual de 4 minutos de duración donde tiene que observar una imagen y formular preguntas sobre ella preferentemente escrita. **Resultados:** demostrar que la herramienta CREA es útil para explorar inteligencia creativa en pacientes con Síndrome de Asperger.

**Referencias esenciales:**

1. Corbalan Berna, Javier. Creatividad y procesos cognitivos. Tesis doctoral. Universidad de Murcia. Corbalan Berna, J, Martínez Zaragoza, Danilo Donolo y otros. CREA. Inteligencia Creativa.

**A PROPÓSITO DE UN CASO: PSICOSIS INFANTIL**

Ana María Álvarez Montoya

Ldo. Medicina, Universidad de Sevilla MIR 3º Psiquiatría  
AGS Campo de Gibraltar, Hospital Punta de Europa,  
Algeciras

**INTRODUCCION:** Entendemos como prodrómicos aquellos signos y síntomas que preceden a la instauración aguda de una enfermedad. Trastornos de conducta, irritabilidad, problemas en las relaciones sociales o en el rendimiento escolar, pueden ser la antesala del desarrollo de un trastorno psicótico. Analizaremos un caso atendido en nuestra Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) desde los dos años, derivada por trastornos de conducta, así como su evolución clínica.

**HIPÓTESIS/OBJETIVOS:** Los pacientes esquizofrénicos que han sido evaluados antes del debut de la enfermedad en la USMIJ, presentaron síntomas diferentes a los de la esfera psicótica. Analizamos la evolución clínica de una paciente derivada desde Pediatría para estudio por autolesiones y trastornos de la alimentación, y relacionamos dichos síntomas con la evolución clínica y de la diagnosis hasta la actualidad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Recogemos evaluaciones escolares, estudio en Hospital de Día y seguimiento clínico por Psiquiatría y Psicología Clínica. Realizamos análisis familiar en el estudio. Estudio ADIR y ADOS y

otras baterías psicométricas. Analizamos así mismo, respuesta a tratamientos farmacológicos y tolerancia.

**RESULTADOS:** Los síntomas a los dos años de edad, consisten en trastornos de conducta, episodios de inquietud y agitación psicomotriz, autolesiones en forma de mordeduras y puñetazos y trastornos del patrón del sueño. Negativa a la toma de alimentos sólidos, tan solo toma biberón. Terrores nocturnos. A los cuatro años, aparición de síntomas del espectro obsesivo; rituales de gran interferencia en su vida diaria, episodios de angustia intensa que alcanzan la agitación psicomotriz. Marcada irritabilidad y agresividad. Se inicia tratamiento con Risperidona con muy buena respuesta. A los 9 años verbaliza alteraciones sensorio-perceptivas en forma de alucinaciones auditivas. Episodio maniforme. Aparición de efectos adversos como sobrepeso e hiperprolactinemia. Sustituimos el tratamiento por Paliperidona de liberación prolongada y Acido Valproico de liberación prolongada con mejoría clínica evidente.

**CONCLUSIONES:** Es fundamental conocer los síntomas prodrómicos que podemos hallar en la infancia, para poder actuar de forma precoz e instaurar tratamientos eficaces, que limiten las descompensaciones y ayuden a evitar el deterioro cognitivo posterior.

**REFERENCIAS**

1. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th.ed.). Washington, DC: Author

**“PERFIL DE PACIENTES QUE ACCEDE A UN DISPOSITIVO DE TERCER NIVEL EN EL PROGRAMA INFANTO JUVENIL DE GRAN CANARIA”**

Jose Mº Martín Jiménez

Especialista en Psiquiatría. Tutor de residentes

**Introducción:** Al Hospital de Día de Las Palmas, como un dispositivo de tercer nivel, son derivados pacientes desde los Centros de Salud Mental de referencia por presentar psicopatología grave y requerir un abordaje más intensivo del que se le puede proporcionar desde estos.

**Objetivos:** se revisa el volumen de pacientes

132

atendidos en el Hospital de Día en el período de 2007-2013 con el fin de valorar qué diagnósticos son los más frecuentemente derivados, si estos han variado en los últimos años, la persistencia del diagnóstico al alta, así como características comunes a nivel biopsicosocial que pudiesen estar interfiriendo en las patologías y hacerlas más susceptibles de atención por un dispositivo de tercer nivel.

**Material y método:** se revisan los datos clínicos y estadísticos del Hospital de Día en el período de 2007 a 2013.

**Resultados:** • Los diagnósticos más frecuentemente derivados al Hospital han sido los trastornos del espectro del autismo, los episodios psicóticos y los trastornos afectivos. • Se ha mantenido estable la tipología diagnóstica en este período. • La mayor parte de los diagnósticos de alta coinciden con los diagnósticos al ingreso. • Alrededor del 85% de los pacientes son de sexo masculino. • Otras características de interés: mayor porcentaje de antecedentes psicopatológicos familiares y de disfunción familiar. Mayor porcentaje de fracaso escolar. Años de evolución de la enfermedad.

**Conclusiones:** Los pacientes derivados en este período, además de presentar un trastorno mental grave, han presentado otros factores (desencadenantes o mantenedores) que han condicionado la gravedad de los mismos, que han evolucionado tórpidamente y que han requerido intervenciones multimodales y multiprofesionales.

#### Referencias bibliográficas:

1. Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Ed. Panamericana. 2010 - Psicopatología del niño. 7ª edición. Ed. Elsevier Masson. 2007
2. Psicopatología del adolescente. 2ª edición. Ed. Masson. 2005

**COSTE SANITARIO Y SOCIAL DEL MANEJO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN PACIENTES MENORES DE EDAD. DIFERENCIAS ENTRE RESPONDEDORES Y NO RESPONDEDORES AL TRATAMIENTO.**

Javier Quintero  
 Psiquiatra

**Introducción:** El manejo y consecuencias del TDAH implican un aumento del consumo de recursos sanitarios y sociales.

**Objetivo:** Describir los costes directos (CD) e indirectos (CI) asociados al TDAH y comparar los costes de los respondedores (RD) versus no respondedores (NRD) al tratamiento.

**Métodos:** Estudio transversal, descriptivo y analítico sobre la evaluación clínica y de costes (1 año) en pacientes reclutados consecutivamente de 15 centros y criterios DSM-IV-TR para TDAH. Se han considerado los CD del sistema de salud y los CD-CI de la perspectiva social. Los RD tenían una ADHD-RS  $<18 \geq 3$  meses tras el tratamiento. Se recogieron datos demográficos, sociales, del trastorno (DSM-IV-TR, CGI, CGA, y ADHD IV), utilización de servicios, tratamiento farmacológico-farmacológico, calidad de vida (EuroQoL-5D). Los CD fueron médicos (tratamiento farmacológico - no farmacológico y servicios utilizados) y los no médicos (transporte). Los CI: horas de trabajo perdidas por visita médica o baja laboral y fueron aplicados a padres/tutores/cuidadores según datos de INE. Estudio aprobado por comité ético y autoridades sanitarias locales.

**Resultados:** 236 sujetos fueron analizados. 139 RD (edad: (media $\pm$ DE) 13,1 $\pm$ 2,9 años, hombres:80,58%) y 97 NRD (edad:13 $\pm$ 2,6 años, hombres:78,4%). La ADHD-RS-IV fue 17,4 $\pm$ 8,8 para RD y 27,8 $\pm$ 8,8 para NRD ( $p<0,001$ ) y del EuroQoL-5D, 83 $\pm$ 12,7 y 71,6 $\pm$ 21,1 respectivamente ( $p<0,001$ ). Los CD, CI y sociales fueron 3258 $\pm$ 2635€, 2259 $\pm$ 5641€, y 5517 $\pm$ 6618€ en los RD; y 4508 $\pm$ 3922€ ( $p=0,005$ ), 3146 $\pm$ 6566€ ( $p=0,058$ ), y 7654 $\pm$ 8966€ ( $p=0,024$ ) en los NRD

**Conclusión:** Una respuesta adecuada al tratamiento reduce significativamente los costes sanitarios y sociales asociados al TDAH mejorando la calidad de vida.

**ESQUIZOFRENIA DE INICIO MUY PRECOZ: A PROPÓSITO DE UN CASO. ¿SABEMOS TODO LO NECESARIO?**

*Guillermo Pérez Mora*  
*Residente de Psiquiatría de 4º año del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". Máster en Terapia Familiar.*

**INTRODUCCIÓN/ANTECEDENTES:** Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), la Psicosis es la 3ª causa más frecuente de discapacidad en la juventud a nivel mundial. La esquizofrenia de inicio muy precoz (VEOS: Very Early Onset Schizophrenia) aparece antes de los 13 años, y a pesar que su prevalencia es extremadamente baja (1/10.000 habitantes), puede producir consecuencias devastadoras, interfiriendo negativamente en el neurodesarrollo del niño/a.

**HIPÓTESIS Y OBJETIVOS; MATERIAL Y MÉTODOS:** Ante la percepción de que exista escasa bibliografía acerca de la VEOS, realizamos una revisión bibliográfica en PUBMED con los criterios de búsqueda "VEOS" y "EOS". Además, presentamos un caso clínico de un niño cuya clínica psicótica comienza a la prematura edad de 6 años. La finalidad es poder contribuir al conocimiento de una patología tremendamente heterogénea.

**RESULTADOS:** La respuesta clínica al abordaje multimodal ha sido favorable. La bibliografía, el número de estudios realizados hasta el momento y los resultados sobre la evolución clínica, resultan ser claramente insuficientes. Además se describe un sesgo poblacional (desproporcionado número de niñas frente a niños).

**CONCLUSIONES:** Todavía existen discrepancias al respecto del perjuicio o beneficio de una edad de inicio muy temprana de la Esquizofrenia. Además, a pesar que la presentación clínica de la VEOS frente a la EOS, el curso evolutivo y su desarrollo difieren bastante, todavía se aplican los mismos criterios diagnósticos. El tiempo medio transcurrido entre su aparición clínica y el diagnóstico, suele ser de unos 30 meses; éste debería reducirse lo máximo posible. El tratamiento ha de ser multimodal, considerando el tratamiento psicofarmacológico con antipsicóticos atípicos como el pilar fundamental del mismo (considerando posibles efectos secundarios). Por todo ello, se considera necesaria la realización de un estudio multicéntrico para conseguir unos resultados concluyentes y estadísticamente

significativos, y así ampliar el escaso conocimiento sobre dicha patología.

#### REFERENCIAS ESENCIALES

1. Abidi S. Psychosis in Children and Youth: Focus on Early-Onset Schizophrenia. *Pediatrics in Review* 2013;34;296
2. Amminger GP, Henry LP, Harrigan SM, Harris MG, Alvarez-Jimenez M, Herrman H, et al. Outcome in early-onset schizophrenia revisited: Findings from the Early Psychosis. Prevention and Intervention Centre long-term follow-up study. *Schizophrenia Research* 131 (2011) 112–119.

#### FLEXIBILIDAD COGNITIVA Y ATENCIÓN VISUAL EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA, COMPARANDO CON MEJORÍA PONDERAL Y COGNITIVA DE LAS PACIENTES

*Ana Blázquez Hinojosa*

*Médico, especialista en psiquiatría. Investigación y asistencia en psiquiatría infantil y juvenil*

**Introducción/antecedentes:** el bajo peso en Anorexia Nerviosa (AN) se ha relacionado con determinados déficits cognitivos (1). Se desconoce si estas alteraciones están presentes antes del desarrollo de la enfermedad o son una consecuencia de la misma y si persisten con la recuperación ponderal (2).

**Hipótesis y Objetivos:** mediante el test del trazo (TMT) comparar si existen diferencias en atención visual y flexibilidad cognitiva entre AN con bajo peso, en función de recuperación de peso sí/no y recuperación cognitiva sí/no y compararlo con controles. **Material y Métodos:** el estudio se llevó a cabo en el Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil i Juvenil del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona. Participaron 6 pacientes que cumplieran criterios de AN y 7 controles (C) sanas según la entrevista KDSAS-PL. En la visita inicial (i) se administró: EAT-40, BABS y TEIC. Se realizaron pruebas de inteligencia y funciones ejecutivas, entre ellas el TMT. A los 6 meses: repetición pruebas y división muestra AN en: recuperación de peso sí/no y recuperación cognitiva sí/no.

**Resultados:** edad media AN 15,67a (DS=1,03); C 15,29 (1,13). IMC (i) AN 17,33kg/m<sup>2</sup> (DS=0,93); C 22,69 kg/m<sup>2</sup> (DS=1,54). Escalas (i): AN: EAT 40: 75,67 puntos (DS=18,37), BABS: 17,67 (3,98), TEIC: 93,51 (DS=25,85). C: EAT 40: 7,00 puntos (DS=6,27), BABS: 0,00, TEIC: 25,36 (DS=15,57). TMTA AN: 23,17s (DS=5,95), TMTB 53,00s (DS=10,60). C TMTA 25,43s (DS=7,61), TMTB 50,86s (DS=11,07). A los 6 meses hubo diferencias estadísticamente significativas en puntuación TMTA entre AN y C (p=0,04). No hubo diferencias en TMT entre AN que recuperaron peso (n=1) y las que no (5) o las que se recuperaron a nivel cognitivo (n=2) y las que no (4).

**Conclusiones:** a los 6 meses encontramos diferencias entre C y AN. No diferencias dentro del grupo AN. Los presentes resultados podrían deberse a que los déficits cognitivos no mejoren con la recuperación de peso o cognitiva. Es necesario ampliar la muestra para poder confirmar los resultados.

#### Referencias esenciales:

1. Lena SM et al. The role of cognitive deficits in the development of eating disorders. *Neuropsychology Review* 2004.
2. Kingston et al. Neuropsychological and structural brain changes in anorexia nervosa before and after refeeding. *Psychological Medicine* 1996.

### DIFICULTADES DE RECLUTAMIENTO EN UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO CON ARIPIPRAZOL, DOBLE CIEGO, CONTROLADO CON PLACEBO EN PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA

Ana Blázquez Hinojosa

Médico, especialista en psiquiatría. Investigación y asistencia en psiquiatría infantil y juvenil

**Introducción/antecedentes:** Las técnicas psicológicas cognitivo-conductuales y de recuperación de peso son las intervenciones que más evidencias a su favor poseen en el tratamiento de la Anorexia Nerviosa (AN) (1). Las tasas de abandono de tratamiento en pacientes con AN son elevadas y oscilan entorno el 20,2-51% (1). Este

hecho además de tener consecuencias negativas sobre los pacientes, también las tiene sobre los investigadores, a la hora de realizar estudios en esta patología (2).

**Hipótesis y Objetivos:** analizar que tasa de participación y abandono prematuro hay en un ensayo clínico con aripiprazol versus placebo en una muestra de anorexia nerviosa. Analizar qué causas se relacionan con la baja participación.

**Material y Métodos:** el estudio se llevó a cabo en el Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil i Juvenil del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona, entre abril de 2010 y octubre de 2013. Se invitó a participar a 67 pacientes que cumplían criterios de AN según el DSM-IV. El ensayo duraba 26 semanas y se asignaba al azar a los pacientes en 2 grupos paralelos. Un grupo realizaba tratamiento con cápsulas de 10mg de aripiprazol y el otro con placebo. Resultados: 7 de las 67 pacientes (10,44%) quisieron participar en el estudio propuesto, completando 6/7 (85,72%) las 26 semanas de estudio. La paciente que no completó el estudio lo abandonó a las 4 semanas por iniciativa propia. Los motivos para no participar en el estudio fueron los siguientes: 17/67 (25,37%) no quisieron recibir medicación, 12/67 (17,91%) los padres no quisieron participar en un ensayo clínico, 11/67 (16,41%) las pacientes no quisieron participar en un ensayo clínico y en 20/67 (29,85%) tomaban otros tratamientos farmacológicos y no estaban dispuestas a abandonarlo para participar en el estudio.

**Conclusiones:** Se pone de manifiesto las dificultades de reclutamiento debidas a la falta de insight y el rechazo a realizar tratamiento farmacológico.

#### Referencias esenciales:

1. Fassino S. et al. Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review. *BMC Psychiatry* 2009.
2. Norris ML. et al. Factors influencing research drug trials in adolescents with anorexia nervosa. *Eating disorders* 2010.

### AUTISMO SINDRÓMICO. A PROPOSITO DE UN CASO DE SÍNDROME DE SOTOS.

*Marina Romero*

*Psiquiatra. Subespecialista en Psiquiatría Infantil y de la adolescencia. Tesis Doctoral : Trastorno de Espectro Autista.*

**Introducción.** El síndrome de Sotos es una patología autosómica dominante que presenta mutaciones y deleciones del gen NSD1. Se caracteriza por una apariencia facial típica, sobrecrecimiento y con frecuencia algún grado de discapacidad y alteraciones del aprendizaje. Muchos pacientes presentan además anomalías congénitas cardíacas, ictericia neonatal, anomalías renales, escoliosis, convulsiones y alteraciones del comportamiento que requieren intervención psiquiátrica. Caso clínico: Niño de 6 años que acude, derivado del neuropediatría por conductas autolesivas así como inquietud psicomotriz, movimientos estereotipados intensos con gran desadaptación conductual. (Septiembre 2010)

**Personales:** Embarazo y Parto sin alteraciones. Hipotonía del recién nacido, hidrocefalia, fallo de medro hasta los 6 meses. Desarrollo psicomotor: Deambulacion con 18 meses, torpeza en psicomotricidad gruesa. Retraso en la adquisición del lenguaje. Alteración del control de esfínteres. Diagnóstico de neuropediatría: Síndrome de Sotos con mutación en gen NSD1 en tratamiento con Risperidona 6 mg/24h. Exploración Psicopatológica: Normocoloreado, Bien hidratado y perfundido. Observamos macrocefalia con frente y mentón prominente, línea de implantación del cabello alta compatible con rasgos del S. de Sotos. Escaso lenguaje, con inquietud psicomotriz durante toda la entrevista. Se evidencian estereotipias así como conductas autolesivas, con heridas en ambos antebrazos compatibles con mordeduras del mismo. A nivel de comunicación, ausencia de contacto visual y conexión con el medio externo.

**Diagnóstico Psiquiátrico:** Autismo Síndrónico. Evolución: En la primera entrevista se añade Topiramato a su tratamiento de base con Risperidona y se evidencia mala tolerancia del mismo con efectos secundarios por lo que se retira. En una posterior descompensación se procede a un cambio de antipsicótico, se añade Olanzapina y se retira Risperidona, generándose una reacción paradójica consistente en agitación y empeoramiento de las alteraciones conductuales. En Julio del 2012 ante la inestabilidad persistente se decide cambiar el tratamiento

a Aripiprazol 5 mg y Levomepromacina 20 gotas/día. Presenta mejoría moderada aunque persistiendo episodios aislados de alteración conductual. En febrero del 2013 se retira las gotas de Levomepromacina y se aumenta dosis de Aripiprazol hasta 10 mg/día, produciéndose una mejoría notable consistente en disminución drástica de todos los episodios de alteración conductual así como mejoría de la estereotipias.

**Discusión:** Varios estudios han demostrado los beneficios del Aripiprazol en la mejoría de los síntomas de comunicación verbal, comportamientos impulsivos, autolesiones, alteraciones del sueño, estereotipias, déficit de atención, inquietud psicomotriz e irritabilidad en pacientes con diagnóstico de Autismo. Por otro lado no se han encontrado significativos efectos secundarios en comparación con otros antipsicóticos presentando buena tolerabilidad.

**Conclusión:** Existen numerosos síndromes neurológicos que presentan comportamientos autísticos secundarios y por lo tanto que requieren de una adecuada atención en los servicios de Salud Mental. Dado la mejoría demostrada con el tratamiento con Aripiprazol, se debe valorar también para otros síndromes que presentes similitudes comportamentales a estos pacientes, es decir Autismo Síndrónico.

#### Referencias:

1. Xie Q, Tang J, Xu Y, Zeng HL. Clinical observation of aripiprazole in the treatment of autism. Chinese journal of contemporary pediatrics. 2013; 15(4): 294-7
2. Marcus RN, Owen R, Manos G, Mankoski R, Kamen L, McQuade RD, et al. Safety and tolerability of aripiprazole for irritability in pediatric patients with autistic disorder: a 52-week, open-label, multicenter study. J Clin Psychiatry. 2011; 72(9):1270-6.
3. The effects of aripiprazole on electrocardiography in children with pervasive developmental disorders. Ho JG, Caldwell RL, McDougle CJ, Orsagh-Yentis DK, Erickson CA, Posey DJ, Stigler KA. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2012 Aug;22(4):277-83. doi: 10.1089/cap.2011.0129. Epub 2012 Jul 3

## SUBESCALA ASD-CBCL PARA LA EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO: ANÁLISIS DE LA VALIDEZ EN UNA MUESTRA ESPAÑOLA

*Silvia Pujals Altés*

*Alumna prácticas Máster Paidopsiquiatría, Universidad Autónoma de Barcelona*

**Introducción/antecedentes:** En la detección del trastorno del espectro del autismo se utilizan diversos cuestionarios de screening. Entre estos, la subescala Autism Spectrum Disorder-Child Behavior Checklist (ASD-CBCL) incluida en la CBCL de Achenbach. No existen estudios que demuestren la validez de esta escala en población española. Hipótesis: La ASD-CBCL es un cuestionario de screening útil para la detección de sintomatología TEA en niños.

**Objetivos:** 1. Valorar la utilidad de la ASD-CBCL 2. Evaluar el poder discriminativo de la escala determinando la consistencia interna, sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivo y negativo en la población que asiste al CSMIJ. Diseño: Estudio descriptivo transversal Metodología: 3 grupos: TEA (n=56), No TEA (n=140) (n=118 TDAH, n= 22 TOC) (CSMIJ Sant Martí) y población general (n=272) (Colegio Diocesà Sagrada Família, Tortosa). Se recogen los resultados totales del CBCL y de los ítems de la subescala ASD-CBCL. Se analiza la consistencia interna (alpha Cronbach), la varianza (ANOVA) y análisis post-hoc de las medidas significativas ( $p < 0.05$ ). La validez de la subescala se calcula con los índices diagnósticos básicos de sensibilidad, especificidad, cálculo del valor predictivo positivo y negativo. Se establecen las curvas ROC, se obtiene la AUC en tres grupos: a) TEA vs No-TEA y Población General, b) TEA vs No TEA y c) TEA vs Población general.

**Resultados y Conclusiones:** La sensibilidad es del 64.3% al 73.2%, la especificidad es del 84% al 80.8%, el VPP del 82% al 86.3% y el VPN del 71.5% al 75.8% entre el grupo TEA versus no TEA y población general; entre el Grupo TEA versus PG la sensibilidad es del 73,2% al 78.6% y la especificidad del 82.9% al 93.4%; y entre el grupo TEA y No TEA la sensibilidad es de 60.7%

al 64.3% y la especificidad es del 76.4% al 82.9%. Las AUC son 0.86 TEA vs PG y no TEA; 0.92 TEA vs PG y 0.75 TEA vs no TEA respectivamente. Punto de corte se establece en 5. ASD-CBCL es una herramienta válida y útil para realizar una valoración inicial de la sintomatología del TEA.

### Referencias esenciales:

1. Yoon Phaik Ooi, Rescorla, L., Ang, R.P., Woo • Daniel S. S. FungPhaik (2011).
2. Identification of Autism Spectrum Disorders Using the Child Behaviour Checklist in Singapore. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2011 Sep;41(9):1147-56.

## ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES PSICÓTICOS INGRESADOS EN HDA : 1. VARIABLES CLÍNICAS

*Silvia Montaña Ponsa*

*Médico adjunto psiquiatría infanto-juvenil*

**Introducción:** Los trastornos psicóticos se caracterizan por la pérdida del juicio de realidad, déficits cognitivos y alteraciones de la percepción, pensamiento, afectividad y conducta. Presentan curso recurrente y tendencia a la cronicidad. Las formas de inicio precoz son raras pero severas, con curso más crónico e invalidante. Existen factores biológicos, sociodemográficos y clínicos que empeoran el pronóstico y son la principal causa de descompensaciones.

**Objetivos:** Seguimiento longitudinal de pacientes dados de alta del HDA (Hospital de Día de Adolescentes) del HUMT con diagnóstico de trastorno psicótico (según DSM-IV-TR). Material y Métodos Se realiza entrevista personal o telefónica al paciente y alguno de los padres. Las variables estudiadas incluyen: sexo, antecedentes familiares; edad, diagnóstico, tratamiento farmacológico y consumo de tóxicos al alta y en la actualidad; seguimiento psiquiátrico, cumplimiento terapéutico.

**Resultados:** De 22 pacientes diagnosticados de tr.psicótico y esquizoafectivo, dados de alta del HDA entre enero de 2008 y diciembre de 2012, se descartan 4 casos que no completaron el tratamiento en nuestro centro. De los 18 pacientes hemos localizado a 14, que

han aceptado participar en este seguimiento. -8 chicos y 6 chicas - Edad entre 14 y 18 años al alta (media 15.64) y entre 16 y 20 (media 18.57) actualmente. - estancia media : 9 meses. - 64% : antecedentes familiares de tr.psicótico. -Diagnóstico al alta : 3 esquizofrenia paranoide,3 esquizofrenia desorganizada, 1 esquizofrenia indiferenciada,4 tr.psicótico NE, 1 tr.psicótico inducido por cannabis y 2 tr.esquizoafectivo. -13 casos (92.85%) siguen en tratamiento y vinculados a algún dispositivo de Salud Mental. De los 17 sólo 1 ha tenido una recaída que precisó ingreso psiquiátrico. El caso restante abandonó medicación y seguimiento y desde hace 5 años está asintomática y cursando estudios de grado superior.

**Conclusiones:** La intervención precoz y el tratamiento intensivo interdisciplinar en régimen de hospitalización parcial parece ser útil en facilitar la adherencia al tratamiento, en la prevención de recaídas y en mejorar el pronóstico de estos pacientes a medio plazo.

#### Referencias

1. Reichert, A.; et al The psychopathological and psychosocial outcome of early-onset schizophrenia: preliminary data of a 13-year follow-up. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 2008, 2:6do.
2. M Alvarez-Jimenez et al. Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Schizophrenia research 139 (2012) 116-128

## ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES PSICÓTICOS INGRESADOS EN HDA :2. ADAPTACIÓN FAMILIAR, ESCOLAR Y SOCIAL

*Pilar Solé Vigil*  
*Psicóloga clínica infanto-juvenil*

**Introducción:** Los pacientes con trastorno psicótico presentan limitaciones en relación a su autonomía personal: la mayoría conviven con sus padres o en residencias, sólo un pequeño porcentaje trabajan en un entorno no protegido y sus relaciones sociales y aficiones se describen como escasas.

**Objetivos:** Seguimiento longitudinal de pacientes que han ingresado en HDA de Mútua de Terrassa con diagnóstico al alta de trastorno psicótico.

**Material y Métodos:** Se realiza entrevista personal o telefónica al paciente y alguno de los padres. Las variables estudiadas incluyen: adaptación y nivel de satisfacción familiar, escolar/laboral y social (mediante escala tipo Likert). Se determina la adaptación global según la escala EEAG.

**Resultados:** De los 22 pacientes diagnosticados de trastorno psicótico dados de alta del HDA entre enero de 2008 y diciembre de 2012, se descartan 4 casos que no completaron el tratamiento. De los 18 pacientes se han localizado 14. Adaptación familiar: el 84% conviven con su familia de origen sin haber realizado un cambio de entorno familiar. Sólo una de las pacientes informa de tener relación de pareja estable. Su grado de satisfacción subjetiva se sitúa entre satisfactoria/muy satisfactoria en el 81% de los casos. Adaptación formativo/laboral, el 100% sigue estudiando. Sólo el 41% ha conseguido el graduado escolar. El cumplimiento escolar es regular. El 72% informan de un nivel subjetivo de satisfacción respecto a sus estudios. Adaptación social: 66% tiene relaciones sociales limitadas. 50% está vinculado a algún grupo o actividad lúdica estructurada. 91% informa de un nivel subjetivo satisfactorio/muy satisfactorio.. Ningún paciente ha presentado comportamientos delictivos o agresivos. La adaptación global (según EEAG) es superior a 70 en el 83,33% .

**Conclusiones:** Estos resultados ponen de manifiesto las dificultades de estos pacientes a nivel social a pesar de contar con un entorno familiar y educativo adecuado. Los datos obtenidos confirman también que los pacientes con trastorno psicótico que cumplen con el tratamiento prescrito no presentan comportamientos agresivos y/o delictivos.

#### Referencias:

1. Lay, B.; et al psychosocial outcome of adolescent schizophrenia: a 12-year follow up. Schizophr Bull 2000,26:801-806.
2. Eggers et al. long m term course child-onset schizophrenia: a 42-year followup. Schizophrenia Bulletin, 1997, 23(19):105-117.

3. Remschmidt, H., et al. Forty-two years later: the outcome of childhood-onset schizophrenia. *Journal of Neural Transmission* 2007, 114(4):505-512.

### THE INVOLVEMENT OF SEROTONIN POLYMORPHISMS IN AUTISTIC SPECTRUM SYMPTOMATOLOGY

Amaia Hervás Zúñiga  
 MD, MRCPsych, PhD

**Introduction:** Autism spectrum disorders (ASD) are highly inherited developmental syndromes, resulting from a complex interaction between environmental and genetic factors. To date, only a limited number of genetic variants have been discovered in relation to autism, and their contribution to the development of the disorder has not been clearly determined.

**Hypothesis and aims:** Investigation of specific autistic symptomatology may improve the chances of identifying related genes and may help to better understand these disorders.

**Methods:** We investigated the contribution of 80 genetic variants in 15 serotonin genes to ASD phenotypes (intelligence quotient (IQ), intellectual disability (ID) and language onset delay (LD)) in a cohort of one hundred and forty one children and young adults (121 male and 20 females, average age  $14.5 \pm 5.1$  years).

**Results:** Two polymorphisms in the HTR2B gene, rs10194776 and rs16827801, were associated with IQ ( $p=0.0004$  &  $0.003$ , respectively), ID ( $p=0.02$  &  $0.03$ ), and LD ( $p=0.04$  &  $0.004$ ). Nominal associations were also detected between the ASD phenotypes investigated and 5-HT2A, 5-HT4 and 5-HT6 genetic variants.

**Conclusions:** Our study provides evidence of the contribution of serotonergic variants to IQ, ID and LD in ASD patients.

**“A PROPÓSITO DE UNA SOSPECHA DE SÍNDROME DE RETT EN UN VARÓN”**

Eva Sesma Pardo

*Licenciada en Medicina y Cirugía (1998-2004). Universidad del País Vasco. - Cursos de Doctorado (2005-2007). Universidad de Oviedo. Departamento de Medicina. Área de Psiquiatría. - Formación especializada en Psiquiatría (2005-2009). Psiquiatra. Unidad Docente de Psiquiatría y Psicología Clínica, Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias, Gijón (Área V).*

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de Rett (SR) es un trastorno neurológico de base genética que da lugar a una regresión en el desarrollo, especialmente en las áreas del lenguaje expresivo y el uso de las manos junto a un retraso mental profundo que afecta mayoritariamente a mujeres.

**HIPÓTESIS Y OBJETIVOS:** Conocer la literatura existente sobre el SR en varones.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Revisión bibliográfica sobre el tema y exposición de un caso clínico.

**RESULTADOS:** El SR es un trastorno que afecta al desarrollo neurológico causado, comúnmente, por mutaciones en el gen MECP2 ligado al X. La hipótesis tradicionalmente propuesta para explicar el predominio femenino es la letalidad embriológica o perinatal de la mutación en individuos de sexo masculino (homocigotos para los genes del cromosoma X). En España, Eugenia Monrós y cols identificaron la mutación del MECP2 en un niño de trece años con fenotipo SR clásico. Recientemente se ha relacionado el gen FOXP1 con la variante congénita del SR, la cual se caracteriza clínicamente por una aparición mucho más temprana que el síndrome clásico, microcefalia, alteración del tono muscular, movimientos coreoatetósicos, rasgos autistas, estereotipias mano-boca y retraso cognitivo severo. El gen FOXP1 codifica para un represor transcripcional específico del cerebro que es esencial para el desarrollo del telencéfalo. Alrededor de 13 mutaciones en este gen se han relacionado con el SR congénito. Presentamos el caso de un niño de 5 años con retraso psicomotor que presenta un regresión en el desarrollo a partir de los 6 meses de edad, pérdida del empleo útil de las manos con movimientos estereotipados y microcefalia adquirida.

**CONCLUSIONES:** Ante una sospecha de SR sin alteraciones en el gen MECP2, es necesario investigar el gen FOXP1. El diagnóstico molecular confirma el diagnóstico clínico y aporta consejo genético a la familia.

#### REFERENCIAS ESENCIALES

1. Tejada MI. Síndrome de Rett: actualización diagnóstica, clínica y molecular. *Rev Neurol.* 2006;42 (Supl 1):S55-9.
2. Monros E, Armstrong J, Albar E, Poo P, Canos I, Pineda M. Rett syndrome in Spain: mutation analysis and clinical correlations. *Brain Develop.* 2001;23:S51-3.

### ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LOS SUJETOS QUE ACUDEN Y NO ACUDEN A UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ADULTOS DIAGNOSTICADOS PREVIAMENTE DE CÓDIGOS Z EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DEL ÁREA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

*Lucia Varela Reboiras*  
*Licenciada en Medicina y Cirugía. Médica Interna*  
*Residente en Psiquiatría.*

**Introducción:** Ha aumentado la demanda asistencial en los Servicios de Salud Mental, debiéndose, en gran parte, a malestares o sentimientos derivados de los avatares cotidianos y que no llegan a constituir un trastorno mental, lo que se denominan códigos Z (CIE-10)<sup>2</sup>.

**Objetivos:** 1) Determinar perfiles de sujetos, previamente diagnosticados de códigos Z en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J), que acuden a la Unidad de Salud Mental de Adultos (USMA) y que no, en relación a variables socio-demográficas y clínico-evolutivas. 2) Estudiar los cambios diagnósticos más frecuentes en estos sujetos que acuden a USMA.

**Diseño:** Estudio descriptivo comparativo.

**Metodología:** Utilizando la fórmula del tamaño muestral<sup>3</sup>, se seleccionaron al azar 91 pacientes diagnosticados de códigos Z, siendo representativos para edad y sexo de la totalidad de pacientes vistos entre los años 2000-2012 en USMI-J de Santiago de Compostela. El promedio de

edad actual es de 21,38 años, en varones (n=53) de 20±2 años y en mujeres (n=38) 22±2 años. Se elabora un protocolo configurado por indicadores socio-demográficos y clínico-evolutivos, tanto en USMI-J como en USMA. Se utilizaron como estadísticos descriptivos: media aritmética, desviación típica, error de la media e intervalo, de la edad cronológica actual, cruzándose con las variables sexo y asistencia a USMA, categorizada como sí o no, utilizándose como estadístico de significatividad la T-Student; el resto de variables socio-demográficas y clínico-evolutivas (cualitativas) se cruzaron con las variables anteriores, empleándose como estadístico de significatividad el Chi-cuadrado (datos tratados con el programa IBM SPSS Statistics 21).

**Resultados:** Un 12,5 % de los niños diagnosticados de códigos Z acuden posteriormente a USMA, 17 % de mujeres y 9 % de hombres. El perfil de los sujetos que van a USMA, frente a los que no, es: mujer (63 % vs 43 %), menos altas en USMI-J (50 % vs 66 %), más abandonos en USMI-J (38 % vs 23 %), menos retornos en USMI-J (12 % vs 23 %), más antecedentes personales (37 % vs 25 %) y familiares (63 % vs 39 %). Los códigos Z más frecuentes en edad infanto-juvenil de sujetos que actualmente acuden a USMA se concentran en dos: problemas de ajuste a las transiciones de los ciclos vitales (PATCV) y supervisión y control inadecuados por parte de los padres (SCIP), mientras que en los que no van se dispersan en todos los códigos Z. Un 12 % mantiene el diagnóstico de código Z, mientras que el resto se cambia, principalmente, a trastornos de personalidad y de comportamiento en el adulto (TPCA) (25 %) y a trastornos neuróticos, secundarios a factores estresantes y somatomorfos (TNFES) (25 %).

**Conclusiones:** El 12,5 % de los niños diagnosticados con códigos Z en USMI-J son atendidos posteriormente en USMA, más frecuentemente mujeres (63 %) que hombres (37 %). Un 63 % de los niños que acuden posteriormente a USMA tienen los siguientes diagnósticos de códigos Z: PATCV y SCIP. Los sujetos que no acuden a la USMA presentan una amplia dispersión entre los códigos Z, sin que destaque uno especialmente. Un 37 % de sujetos que acuden a USMA presentaron antecedentes personales frente al 25 % de los que no acuden. Un 63 % de sujetos presentaron antecedentes familiares frente al 39 % de los que no acuden a USMA. Solo un 12 % de sujetos mantiene el diagnóstico código Z cuando es atendido en

USMA. Un 50 % de los sujetos que acuden a USMA son diagnosticados de TPCA y TNFES.

#### Bibliografía

1. Lozano C, Ortiz A, González R. Análisis comparativo de los pacientes con y sin trastorno mental diagnosticable. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2011; 31 (111), 421-435.
2. Organización Mundial de la Salud. Guía de Borsillo de la Clasificación CIE-10, Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid. Editorial Médica Panamericana. 2008.
3. Pita S y cols. Determinación del tamaño muestral. *Cad Aten Primaria* 1996; 3:138-14.

### ESQUIZOFRENIA DE INICIO TEMPRANO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Marta Benito Martín

Licenciatura de Medicina en Facultad de Valladolid MIR  
 Psiquiatría

**Introducción:** La esquizofrenia de inicio muy precoz (VEOS) es rara (prevalencia 6/10.000), pero es más grave e incapacitante y suele asociarse a factores de peor pronóstico: peor funcionamiento premórbido, inicio insidioso y más síntomas negativos primarios, siendo los positivos menos frecuentes y específicos.

**Objetivos:** Presentar a partir de un caso aspectos generales de la VEOS, e incidir sobre la importancia de un buen diagnóstico diferencial.

**Métodos:** Niña de 15 años con antecedentes de sufrimiento fetal agudo y crisis convulsivas neonatales que precisó ingreso en UCI. Sin otras alteraciones en el desarrollo. Descrita por familia y profesores como inhibida, sin interés por las relaciones sociales, sensible a la crítica y suspicaz. Historia psiquiátrica desde el 2007 cuando consultan a nivel privado por dificultades atencionales y en las relaciones sociales, siendo diagnosticada de TDA(H) y Fobia social. Inició tratamiento con Metilfenidato añadiéndose posteriormente Fluoxetina. Mejoró parcialmente en capacidad de atención y rendimiento académico, pero seguía sin haber mejoría en las relaciones sociales, por lo que abandonan el seguimiento. Desde el 2010

acuden a esta consulta de Infanto-Juvenil. En estos años ha persistido su tendencia al aislamiento, anhedonia social y alexitimia. Ocasionalmente han aparecido risas inmotivadas y conductas extrañas que impresionaban de estereotipadas. Asimismo presenta bradipsiquia, apatía y abulia asociadas a un bajo nivel de autonomía global y escaso nivel de comunicación verbal y no verbal.

**Resultados:** Ante la clínica descrita, se planteó un amplio diagnóstico diferencial y se pautaron distintos diagnósticos sin objetivarse clara mejoría, decidiéndose ingreso en Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil para estudio Actualmente diagnosticada de Esquizofrenia Indiferenciada, en tratamiento con aripiprazol.

**Conclusiones:** El diagnóstico de VEOS es complejo debido al curso insidioso y al solapamiento de síntomas entre diferentes diagnósticos, conduciendo a un mayor riesgo de demoras en diagnóstico y acceso al tratamiento, empeorando el pronóstico. Resulta vital realizar una buena historia clínica para hacer un correcto diagnóstico diferencial.

#### Referencias:

1. Agüero A, Catalá MA. Esquizofrenia de inicio en la infancia y adolescencia. *Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente*. 2010.
2. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry schizoprenia guidelines.

### GENETIC VARIANTS IN NEUROTROPHIN FACTORS AND RECEPTORS AND ADHD DIMENSIONS

Amaia Hervás Zúñiga

Psiquiatra, MRCPsych, Doctorado

Genetic variants in Neurotrophin factors and receptors and ADHD dimensions Amaia Hervas<sup>1,2</sup>, Aitana Bigorra<sup>1</sup>, Ayhesa Ruiz<sup>1</sup>, Silvina Guijarro<sup>1</sup>, Bru Cormand<sup>3,4</sup>, Vanessa Richarte<sup>5</sup>, Cristina Sanchez Mora<sup>5,6</sup>, María Jesús Arranz<sup>7,8</sup> 1 Department of Child Psychiatry, Hospital Universitari Mútua Terrassa, University of Barcelona (Spain). 2 Department of Psychiatry, Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona (Spain). 3 Department of Genetics, University of Barcelona (Spain). 4 Biomedical

Network Research Centre on Rare Diseases (CIBERER), Barcelona (Spain).<sup>5</sup>Department of Psychiatry, Hospital Universitari Vall d'Hebron, CIBERSAM, Barcelona, Spain <sup>6</sup>Psychiatric Genetics Unit, Vall d'Hebron Research Institute, Barcelona, Spain.<sup>7</sup>Fundació Docència i Recerca Mútua Terrassa, Barcelona, Spain.<sup>8</sup>Department of Psychiatry, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (CIBERSAM), Barcelona, Spain

**Introduction:** There is growing evidence of the genetic contribution to attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), the most common behavioural disorder in children with a prevalence of 5-10%. Neurotrophin factors affect development of neurons in the embryo and promote neuron survival and growth and have been hypothesised to play a role in the onset of ADHD. A decrease in the BDNF levels has been observed in the brains of ADHD sufferers, and genetic variants in CNTFR, NTF3 and NTRK2 genes have been associated with ADHD in previous studies. However these findings have not been universally replicated and need clarification.

**Hypothesis and Aims:** Investigation of specific ADHD symptomatology may improve the chances of identifying related genes and may help to better understand these disorders. We investigated variants in 8 neurotrophins and neurotrophin receptor genes (BDNF, CNTF, CNTFR, NGF, NT4, NTF3, NTRK1 and NTRK2) in relation to ADHD dimensions (Intelligence Quotient (IQ), perceptual reasoning index (PRI), and Language onset Delay (LD)) to clarify their contribution to this important disorder. Materials and methods: 290 children with a diagnosis of ADHD were included in the study. Ninety tag SNPs in the 8 selected neurotrophin genes were genotyped in the samples using SNPlex technology.

**Results:** Single-marker analyses revealed significant associations between the rs6489630 NTF3 gene variant and IQ ( $p=0.002$ ), CIMRP ( $p=0.002$ ) whereas NGF, CNTFR and NTRK2 gene variants were marginally associated with IQ, CIMRP and LD.

**Conclusions:** Our results confirm the involvement of neurotrophin genetic variants in the aetiology of ADHD in children.

## CASO CLÍNICO DE PACIENTE CON TDAH Y PORTADOR DE SÍNDROME DE HURLER CON APARICIÓN DE DETERIORO COGNITIVO

*Miguel Caberta Martín de Eugenio*

*Licenciado en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid. Residente de tercer año en Complejo Asistencial Universitario de Burgos.*

**INTRODUCCIÓN:** Se trata de un paciente que a día de hoy tiene 13 años, que tiene un hermano mayor diagnosticado de Síndrome de Hurler, y por ello se le realizaron pruebas de tipo genético al feto cuando la madre estaba embarazada, siendo el resultado negativo para Mucopolisacaridosis de tipo I. El paciente recibe el diagnóstico de TDAH y Trastorno Negativista Desafiante, y tiene una evolución errática a todos los niveles, tanto en lo referente a rendimiento académico como en relaciones sociales y en el medio familiar.

**CASO CLÍNICO:** El paciente presenta un nivel de funcionamiento muy precario, las alteraciones del comportamiento han ido aumentando a lo largo de los últimos años, presentando a día de hoy conductas de desinhibición sexual con el sexo opuesto y de competencia con el mismo sexo por ejemplo. Persisten niveles muy bajos de atención y de concentración para la realización de tareas, que se van agravando a lo largo de estos años. Presenta 3 ingresos en psiquiatría infanto-juvenil, el último de ellos a finales del año 2012, donde se aprecia un deterioro importante del nivel intelectual con respecto a los ingresos anteriores ( de un CI valorado mediante WISC de 72 en el año 2008 pasa a un CI: 56 en el 2012 ) siendo diagnosticado de Retraso Mental Leve. El funcionamiento diario del paciente se caracteriza sobretodo por una actitud persistentemente pueril y de demanda de atención. En enero de 2013 se le realizan pruebas sanguíneas más específicas para Mucopolisacaridosis y se le detectaron unos niveles de alfa-hialuronidasa bajos, compatibles con Mucopolisacaridosis de tipo I ( que explicaría deterioro tan rápido en funciones intelectuales superiores ) aunque no se le ha llegado a poner un diagnóstico definitivo, siguiendo actualmente en estudio.

142

**RESULTADOS:** En tratamiento psicofarmacológico desde 2007 con evolución irregular y deterioro progresivo del nivel intelectual, a día de hoy está en tratamiento con Metilfenidato, Atomoxetina, Risperidona y Oxcarbazepina.

**CONCLUSIONES:** El paciente presenta un deterioro cognitivo progresivo que aumenta considerablemente en pocos años, empeorando de forma considerable su funcionamiento en todas las áreas.

**REFERENCIAS:**

1. VALLEJO R J. Tratado de Psiquiatría. 2 ed. Barcelona: Ars Médica. 2010.

**PSICOSIS INDUCIDA POR PSICOFARMACOS**

*Virginia Garrido Fernandez*

**Introducción:** Abordamos el caso de un niño de 11 años, con Síndrome de Asperger, que presenta un cuadro psicótico posiblemente inducido por la asociación de metilfenidato e ISRS.

**Hipótesis:** La asociación de Metilfenidato y Sertralina induce síntomas psicóticos y afectivos en un paciente TDAH con síndrome de Asperger.

**Objetivos:** Descripción de un caso clínico ilustrativo de la inducción de un cuadro psicótico con medicación ISRS en pacientes vulnerables, cuando el metilfenidato en monoterapia no lo había provocado.

**Metodología:** Revisión de la historia clínica en las sucesivas revisiones realizadas de su caso en consulta ambulatoria de salud mental infanto-juvenil.

**Conclusiones:** En pacientes con vulnerabilidad como son los que padecen síndromes del espectro autista, la medicación psicoestimulante que en monoterapia no haya provocado la inducción de síntomas psicóticos, puede tras asociación con ISRS, puede facilitar la aparición de un cuadro psicótico que remite al retirar los fármacos.

**¿QUÉ VES CUANDO ME VES? ATENCIÓN PSICOMÉDICA EN LA DISFORIA DE IDENTIDAD DE GÉNERO DURANTE LA ADOLESCENCIA.**

*Isabel M Sánchez Lorenzo*

*Médico Psiquiatra. Unidad de Salud Mental de Naval-moral de la Mata (Cáceres). 2013- Actual Médico Interno Residente en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid 2007-2011. Rotación Externa en el Hospital Niño Jesús de Madrid. Médico Psiquiatra en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Provincial de Zamora 2011-2012 Médico Psiquiatra en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil en el Hospital Provincial de Burgos 2012-2013*

Según diversos estudios la identidad sexual aparece entre los 2 y los 3 años de edad .En la literatura clínica, el término disforia de género, define la percepción de dificultad o rechazo que tiene una persona respecto al hecho de ser hombre o mujer. Existiendo pues una incongruencia entre el sexo biológico y el sexo al que se sienten pertenecer. En niños y adolescentes, la Disforia de Identidad de Género (DIG), es una entidad muy compleja. El resultado de estos cuadros es variable e incierto, pero al final solo pocos serán transexuales.

**OBJETIVOS** -Revisar: el estado actual de etiología y prevalencia; protocolos españoles de atención , criterios DSM-V ,CIE-10 y estándares internacionales. -Intervención en menores de 18 años

**METODOLOGÍA** -Revisión bibliográfica: pubMed y UpToDate. -Presentación de un caso en la adolescencia Mujer >Hombre.

**RESULTADOS** -Se ha comprobado el impacto hormonal sobre la etiología de la disforia de identidad de género y la infraestimación de su prevalencia. -Relevancia de los criterios diagnósticos del DSM V, que incluyen la sustitución del término “Trastorno “ de Identidad de Género por Disforia de Identidad de género, y con ello la eliminación de la anterior patologización. -La 7ª Edición de los Estándares Internacionales de la World Professional Association for Transgender Health ,

resalta el papel del psicoterapeuta para el asesoramiento en el camino hacia la transición. -La Guía Española 2012, distingue por su riqueza en detalles y explicaciones.

**CONCLUSIONES** -La DIG debe ser atendida por un equipo multidisciplinar en el que el psicoterapeuta debe ser experto en psicopatología del desarrollo y evaluar problemas emocionales y de comportamiento. Estos niños no deben ser tratados hasta que tengan al menos 16 años. Las intervenciones pueden ser reversibles antes del estadio 2 de Tanner (Análogos LHRH), parcialmente reversibles (hormonas para masculinizar y feminizar) e irreversibles (cirugía a partir de los 18 años).

#### REFERENCIAS

1. M, Wiener, K. Dulcan. Tratado de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia. Masson 2006;;821-84
2. Overview of gender development and clinical presentation of gender nonconformity in children and adolescents. Jan 2014. Trastornos de identidad de Género. Guía Clínica para el diagnóstico y el tratamiento. 2012

### ESTUDIO PRELIMINAR SOBRE LA PRESCRIPCIÓN DE PALIPERIDONA EN POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE

*Vanessa Pera Guardiola  
Médico Psiquiatra*

**INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES:** La paliperidona es el metabolito activo de la risperidona. Tiene alta afinidad receptorial D2, 5HT2, alfa<sup>1</sup> y alfa<sup>2</sup>. Está aprobada para el tratamiento de esquizofrenia en adolescentes de 12-17 años en EEUU (FDA) basado en el ensayo clínico de Singh y colaboradores (2011). Diversos autores han realizado estudios sobre la seguridad y la farmacocinética de paliperidona en pacientes pediátricos con esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizofreniforme y autismo con resultados que avalan su seguridad en población infantil.

**OBJETIVO PRINCIPAL:** Describir el perfil de prescripción de paliperidona en el Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil de nuestra área.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Definir la dosis, edad y diagnóstico más frecuentes de la muestra. Evaluar la respuesta al tratamiento con paliperidona. Investigar la aparición de efectos secundarios y/o motivos de suspensión del tratamiento.

**METODOLOGÍA:** Se realiza un estudio descriptivo. Se registran todos los pacientes a los que se les ha prescrito paliperidona desde enero 2010 hasta marzo 2014 (N: 20). Se recogen una serie de variables demográficas (edad, sexo, nivel socioeconómico y situación familiar) y clínicas (diagnóstico, duración del tratamiento, motivo de indicación, existencia de otros tratamientos psicofarmacológicos concomitantes, respuesta al tratamiento, efectos secundarios y motivo de retirada) que se han obtenido a través las entrevistas clínicas de seguimiento ambulatorio.

**RESULTADOS:** Durante el periodo de 4 años, se ha prescrito paliperidona a 20 pacientes. La edad media ha sido de 15 años de edad. La dosis media ha sido 4 mg/día. Los diagnósticos más frecuentes fueron trastorno negativista desafiante (40%), trastorno de conducta asociado a discapacidad intelectual (25%), trastorno del espectro autista (15%), trastorno psicótico (15%) y trastorno psicótico inducido por consumo de sustancias (5%). La mayoría de pacientes (55%) tuvieron buena respuesta al tratamiento. Un porcentaje del 25% tuvo una respuesta clínica parcial. A 3 pacientes se les retiró la paliperidona (por efectos secundarios o por falta de respuesta). Los efectos secundarios reportados fueron aumento de peso y galactorrea. Al 60% (n=12) de la muestra también se le había prescrito otros psicofármacos (antipsicóticos, estabilizadores del ánimo, antidepresivos y psicoestimulantes).

**CONCLUSIONES:** En nuestra zona el motivo de indicación de paliperidona ha sido agresividad asociada al diagnóstico de Trastorno Negativista Desafiante (DSM-V: 313.81). El porcentaje de buena respuesta ha sido satisfactorio (55%) reportándose pocos efectos secundarios. Este trabajo se trata de un estudio preliminar en el cual queda pendiente aumentar la muestra para poder identificar los factores predictores de buena respuesta al tratamiento con paliperidona y así aumentar las estrategias terapéuticas en la población infantil y

juvenil.

#### REFERENCIAS:

1. Singh et al. A Randomized, Double-Blind Study of Paliperidone Extended-Release in Treatment of Acute Schizophrenia in Adolescents. Doi: 10.1016/j.biopsych.2011.06.021
2. Chirita V. A safety and pharmacokinetic study of ER OROS paliperidone in pediatric patients with schizophrenia, schizoaffective disorder, or schizophreniform disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2012;8 Stigler KA et al.
3. Paliperidone for irritability in autistic disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 2010; 20 (1): 75-78. Manual Diagnóstico DSM-V (APA) 2013

### PATOLOGÍA NEUROLÓGICA EN LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

*Cloe Llorente Sarabia*

*Médico especialista en Psiquiatría*

**INTRODUCCIÓN:** Los pacientes con Trastornos del Espectro Autista (TEA) presentan más patología médica que la población general (1,2). La presencia de patologías neurológicas es especialmente frecuente, particularmente la epilepsia. Se ha estimado que la prevalencia de epilepsia en adultos con TEA es del 20-35%, y del 7-14% en niños, siendo los periodos de mayor riesgo la infancia temprana y la adolescencia (2). Por otra parte, los pacientes con TEA presentan importantes dificultades para acceder a los servicios sanitarios especializados, por lo que en 2009 se creó en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid el Programa AMI-TEA (Atención Médica Integral de pacientes con TEA) (3).

**OBJETIVOS:** Determinar la necesidad de valoración neurológica en una muestra clínica de pacientes con TEA.

**METODOLOGÍA:** Se han analizado todas las derivaciones a los servicios de Neuropediatría y Neurología de pacientes del programa AMI-TEA durante 2 años (del 1 de abril de 2011 al 31 de marzo de 2013).

**RESULTADOS:** Durante los 2 años fueron atendidos

en el programa AMI-TEA 827 pacientes (410 nuevos pacientes y 417 revisiones; edad: media 13,59 años, SD 9,468, rango 1-53 años; 78,8% varones, 21,2% mujeres). 248 pacientes fueron atendidos por los servicios de Neuropediatría (170 sujetos: edad: media 7,90 años, SD 3,555, rango 2-16 años; 79,4% varones) o Neurología (76 sujetos: edad: media 24,76 años, DS 8,378, rango 15-47 años; 57,9% varones). De estos pacientes, 85 acudieron por primera vez a Neuropediatría en este periodo (edad: media: 7,75 años, SD 3,882, rango 2-16 años). Los principales motivos de derivación fueron: 78,8% para despistaje orgánico, 15,3% por sospecha de epilepsia, 1,2% por alteraciones de la marcha y 4,7% por otras causas. 27 pacientes acudieron por primera vez al Servicio de Neurología (edad: media 22,15 años, SD 8,484, rango 14-46 años). Los principales motivos de derivación fueron: 59,3% para seguimiento o diagnóstico de epilepsia, 18,5% por cefalea, 7,4% para el estudio de trastornos del movimiento, 3,7% para despistaje orgánico y 3,7% por alteraciones de la marcha y 3,7% por otras causas. En el total de la muestra, 29 (25,9%) pacientes fueron derivados por primera vez para diagnóstico o seguimiento de epilepsia (edad media 15,79 años, SD 7,561; rango 5-26 años).

**CONCLUSIONES:** La patología neurológica es frecuente en los pacientes con TEA, especialmente la epilepsia. Los pacientes con TEA precisan con frecuencia valoración neurológica y las causas más frecuentes son el despistaje orgánico, la sospecha de epilepsia, la presencia de cefalea y los trastornos de la marcha y del movimiento. A pesar de que en un 10-20% de los casos de TEA es posible identificar una etiología (4), con frecuencia no se realiza el despistaje orgánico cuando diagnóstico se realiza fuera de las instituciones sanitarias. Esta situación explica las altas tasas de derivación desde el programa AMI-TEA a los servicios de Neurología o Neuropediatría con este propósito.

#### REFERENCIAS ESENCIALES:

1. Gillberg C, Billstedt E. Autism and Asperger syndrome: coexistence with other clinical disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2000 Nov;102(5):321-30.
2. Bauman ML. Medical comorbidities in autism: challenges to diagnosis and treatment. *Neurotherapeutics*. 2010 Jul;7(3):320-7.
3. Parellada M, Boada L, Moreno C, Llorente

C, Romo J, Muela C, et al. Specialty Care Programme for autism spectrum disorders in an urban population: A case-management model for health care delivery in an ASD population. *Eur Psychiatry*. 2011 Sep 8.

4. Abrahams BS, Geschwind DH. Advances in autism genetics: on the threshold of a new neurobiology. *Nat Rev Genet*. 2008 May;9(5):341-55.

### PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL ¿UN PROBLEMA RELEVANTE?

*Berta Elsa Pinilla Santos*

*Médico Interno Residente de Psiquiatría. Hospital Universitario de Móstoles.*

**Introducción:** La salud mental en la población infanto juvenil está a menudo descuidada en lo que a coberturas y calidad de servicios se refiere. ¿Pero acaso los trastornos mentales en la infancia y adolescencia no tienen la suficiente relevancia? Sin embargo, los profesionales dedicados a esta área de salud ven sus consultas cada vez más saturadas y coinciden en la necesidad de aumentar los recursos que a ella se destinan.

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo será precisar la prevalencia de la enfermedad mental en población infanto juvenil y así poder realizar una aproximación realista de la importancia de este problema.

**Material y métodos:** Se ha realizado una revisión de los estudios y trabajos de rigor científico más relevantes publicados al respecto en los últimos seis años, comparando los datos obtenidos con los encontrados en la literatura previa, mediante las principales plataformas de búsqueda disponibles (Pubmed, Cochrane)

**Resultados y Conclusiones:** Los estudios epidemiológicos realizados acerca de la patología mental en niños y adolescentes son escasos y muy heterogéneos, reportándose unos amplios rangos de prevalencia en los distintos estudios realizados a nivel mundial, por lo que determinar la magnitud del problema y evaluar las necesidades presentes resulta difícil. En España se estima que entre el 10-20% de los niños y adolescentes

sufre trastornos psiquiátricos encontrándose diferencias de prevalencia según diagnóstico, grupo de edad o nivel socioeconómico de la población estudiada. La mitad de los casos de trastorno mental crónico en el adulto comenzaron alrededor de los 14 años, por lo que parece razonable dedicar una atención especial a la obtención de datos que puedan mejorar la formulación de políticas, el desarrollo de servicios y la práctica clínica en salud mental en población infantil y adolescente.

Referencias esenciales:

1. Christian Kieling, Helen Baker-Henningham, Myron Belfer, Gabriella Conti, et cols. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *www.thelancet.com* Vol 378 October 22, 2011
2. Ministerio De Sanidad Y Consumo (2007) Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.

### UTILIZACIÓN DE EUTIMIZANTES DURANTE EL PERIODO 2009 A 2015 EN PSIQUIATRÍA INFANTIL COMUNITARIA

*Francisco Moruno Arena*  
*Psiquiatra infantil*

**Introducción:** Muchos de los tratamientos psicofarmacológicos en psiquiatría infantil carecen de una evidencia científica sólida que respalde su indicación. El caso del tratamiento farmacológico con eutimizantes es paradigmático en este sentido, bien sea por la dificultad del diagnóstico del trastorno bipolar en la infancia y la atipicidad de su presentación, bien por su utilización como coadyuvante o tratamiento de rescate en otras patologías.

**Objetivos:** Analizar la tendencia en cuanto a la utilización de eutimizantes en una población de pacientes de psiquiatría infantil de atención ambulatoria.

**Material y métodos:** Se analizaron las prescripciones psicofarmacológicas realizadas entre Enero de 2009 a Diciembre de 2013 en 3515 pacientes que recibieron tratamiento psicofarmacológico, recogidas en la historia clínica informatizada SIGSAM.

**Resultados:** Los eutimizantes fueron el grupo psicofarmacológico menos utilizado (4%), frente a las benzodiazepinas (8%), antidepresivos (14%), antipsicóticos (23%), y estimulantes (51%). Dentro de los eutimizantes los más utilizados fueron Valproato (41%) y Topiramato (32%), seguidos de Carbamazepina (9%), Oxcarbazepina (8%), Litio (6%), Lamotrigina (3%) y Gabapentina (0.005%). Los eutimizantes fueron utilizados en una gran variedad de diagnósticos, principalmente en Trastorno de Conducta, Trastorno del Desarrollo, Trastorno de Personalidad y en Trastornos Afectivos.

**Conclusiones:** La utilización de eutimizantes en psiquiatría infantil es escasa, en relación con: Faltan estudios de eficacia y seguridad y son empleados muchas veces fuera de indicación. Son fármacos de difícil manejo en psiquiatría infantil comunitaria ya que necesitan control de niveles plasmáticos y analíticos y son poco efectivos en monoterapia: suelen ser coadyuvantes. Existe una tendencia a la utilización de antipsicóticos atípicos tanto en monoterapia como en el papel de coadyuvantes en lugar de los eutimizantes.

#### Referencias:

- 1- Amaladoss A, Roberts N, Amaladoss F. Evidence for use of mood stabilizers and anticonvulsants in the treatment of nonaffective disorders in children and adolescents. *Clin Neuropharmacol*. 2010 Nov-Dec;33(6):303-11.
- 2- Comer J., Olfson M., Mojtabai, R. National Trends in Child and Adolescent Psychotropic Polypharmacy in Office-Based Practice 1996–2007. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010 October; 49 (10): 1001-1010.

### PERCEPCIÓN DEL CLIMA SOCIAL Y FAMILIAR EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DISRUPTIVOS, DEL CONTROL DE IMPULSOS Y DE CONDUCTA

Antoni Grau Touriño

*Piscólogo Jefe Conocimiento e investigación ITA Co-director Master en Intervención Psicológica en los Trastornos de la Conducta Alimentaria y la Obesidad Universitat de Barcelona Co-director Postgrado Modelo integrado de tratamiento en los Trastornos de la*

*Conducta Alimentaria y la Obesidad Co-director Entrenamiento en la práctica clínica en los Trastornos de la Conducta Alimentaria y la Obesidad*

**Introducción / antecedentes:** El nuevo manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales aglutina bajo el epígrafe de Trastornos disruptivos, del control de impulsos y de conducta un conjunto de trastornos con gran impacto para el contexto familiar y social próximo de estos adolescentes. La coexistencia en este colectivo de problemas como el uso de sustancias, la violencia filiofamiliar o los problemas con la justicia suponen un importante desafío para las familias de estos adolescentes. Con independencia del clima familiar premórbido, las relaciones familiares se ven seriamente deterioradas con la irrupción de estas conductas disruptivas.

**Hipótesis/Objetivos:** El objetivo de este trabajo es evaluar la percepción del clima familiar por parte de un grupo de pacientes diagnosticados de Trastorno de Conducta, Trastorno oposicionista desafiante, trastorno disocial y trastorno explosivo-intermitente tratados en el Instituto de Trastornos Alimentarios (ITA)

**Material y métodos:** Se evaluó a la muestra durante el periodo de hospitalización mediante los siguientes instrumentos: - FACES-IV - FES - Authoritative Parenting Measure (APM) Resultados Destacan la presencia de conflictos en el hogar, baja cohesión y pobre control conductual paterno.

**Conclusiones:** El importante deterioro del núcleo familiar hace necesaria las intervenciones de tipo relacional con el objetivo de restituir en este su carácter contenedor y validante.

### TRASPLANTE CARDIACO Y TDAH TRATADO CON ATOMOXETINA: a propósito de un caso

Xavier Gastaminza Pérez

*Médico especialista en psiquiatría.*

AF Pat.: Padre: exitus con 48 años, de muerte súbita, informada como infarto masivo. Madre: Ictus a los 30, episodios vasovagales, migraña tratada con

fluoxetina durante el primer mes de embarazo. Tratada con escitalopram 3a. por depresión tras fallecimiento del marido. AP: cesárea. Cariotipo normal. Retardo psicomotor y del lengua. A los 5 años, fue ingresado en un Centro de Acogida, durante 68 días, por sospecha de malos tratos del niño por la ex pareja de la madre, retornando posteriormente con la madre. Actualmente 3° curso con adaptación de contenidos más soporte de educación especial. Desde el año 2006, acude al CDIAP, e informado, en Mayo de 2009, como un retardo evolutivo global. Por rasgos fenotípicos peculiares (implantación baja de pabellones auriculares, labio superior fino) con sospecha de S de Willians u otra alteración de base genética proceden a su estudio en HSJD con, además, despistaje de metabolopatías y S X frágil con resultados normales. 2008 intervenido por drenajes y adenoamigdalectomía en el HSJD. 2009 tratamiento logopédico por disfemia. En Marzo 2010 pasa a ser atendido en el Centro psicológico, donde lo orientan como: Trastorno del lenguaje expresivo y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), tipo combinado. Paralelamente es atendido por el Centro de Salud Mental Infante-Juvenil de zona (CSMIJ) donde, confirmando el diagnóstico de TDAH solicitan estudio ecocardiográfico previo al inicio del tratamiento farmacológico. Ecocardiograma que, realizado en el Hospital de referencia, fue informado como normal. Así indican e inicia, seguidamente, tratamiento farmacológico en Mayo de 2011, con metilfenidato hasta Junio de 2011 en que se le cambió a metilfenidato de liberación modificada y dosificación de 10 mg/d. El 30 de Julio acude a Urgencias del Hospital comarcal por tos sin fiebre de 1 mes de evolución y sin respuesta al tratamiento antitusígeno prescrito. El 5.09.2011 acuden a Urgencias de Hospital de referencia remitido por su pediatra con un cuadro de unas 2-3 semana de evolución con astenia y empeoramiento de la anorexia, y por la aparición de distensión abdominal en los últimos 3-4 días, palidez cutánea, tos seca y quejido respiratorio con una analítica del 29/08/2011 en la que destaca Urea de 79 mg/dl y creatinina de 1mg/dl y orientación diagnóstica de insuficiencia cardiaca con insuficiencia renal, es ingresado y ese mismo día trasladado de urgencias a nuestro Hospital, donde se ingresa en UCI y se procede la Implantación de Berlin –heart biventricular. En Octubre de 2011, se procede a trasplante cardiaco con las biopsias de control negativas hasta la fecha. En el 2012 nuevo estudio genético, en el S de Genética de nuestro Hospital negativo para Williams, X frágil, 22Q

y otras series relacionadas con cardiopatías de origen congénito. Al WISC-IV un CIT de 73. OD: TDAH de presentación predominante con déficit de atención. Discapacidad intelectual leve. Trasplante cardiaco en paciente con miocardiopatía dilatada [I00-I99]. Paresia de hemifragma izquierdo. Problemas relacionados con el rendimiento escolar y con la monoparentalidad familiar. Escala de evaluación de la actividad global (EEAG): 70. Alteración de la actividad familiar, escolar. OT: inició tratamiento farmacológico con atomoxetina 10 mg/d que a las dos semanas se pasó a 20 mg (2 de 10) previo a la dosificación correspondiente que era de 25 mg/d. con control cardiológico. Con 10 mg la impresión clínica fue de mejoría que al llegar a 20 mg al mes fue extrema: llegando a decir la madre que “no reconocía a su hijo” por la hipoquinesia y concentración extrema que presentaba, con fácil somnolencia en caso de ausencia de un estímulo concreto, por lo que se redujo la dosis a 10 mg como la óptima para el caso con control evolutivo intenso.

## EMPLEO DE PALIPERIDONA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Ana Cristina Rodrigo Gutierrez

Médico psiquiatra (facultad d Medicina y MIR en Valladolid. Hospital Clínico). Trabajo como psiquiatra adjunta, coordinadora de la Unidad de Psiquiatría Infante - Juvenil en Cuenca (Hospital Virgen de la Luz) desde hace 7 años.

La paliperidona (9-hidroxi-risperidona) es un nuevo principio activo antipsicótico que utiliza un sistema osmótico (OROS) de liberación prolongada para mejorar la tolerabilidad y la rapidez en la eficacia. El objetivo de este estudio es valorar la eficacia y tolerabilidad de este fármaco en población infante- juvenil.

**HIPOTESIS:** La paliperidona bloquea los receptores serotoninérgicos 5-HT<sub>2</sub>, dopaminérgicos D<sub>2</sub>, adrenérgicos alfa<sub>1</sub>, y en menor medida, los receptores histaminérgicos H<sub>1</sub> y los adrenérgicos alfa<sub>2</sub>. Presenta un perfil de seguridad similar al de otros antipsicóticos atípicos como la risperidona y olanzapina, con la ventaja de no metabolizarse en el hígado. Se trata de un derivado de la risperidona, la cual ya es ampliamente utilizada en niños y adolescentes y demostrada su eficacia clínica en estos pacientes. Las escasas interacciones farmacológicas de la paliperidona y la aparición de

menos síntomas secundarios, hace pensar en su utilidad para el tratamiento en niños y adolescentes. Su liberación por medio del sistema oros nos asegura un mejor control de la sintomatología durante todo el día y un mejor cumplimiento terapéutico.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** En este estudio se analiza la eficacia clínica y efectos secundarios en 40 niños y adolescentes tratados con paliperidona durante al menos 6 semanas y máximo 8 meses. Se trata de pacientes entre 7 y 17 años, de media 12 años, con sintomatología predominante de irritabilidad y agresividad secuentes a varias patologías. El estudio se realiza básicamente mediante las revisiones de las historias clínicas, donde se ha recogido la evolución clínica, efectos secundario y se comparan las escalas de evaluación del comportamiento antes y después del tratamiento. La dosis utilizada en la mayoría de los casos fue de 3 mg/día, Entre los efectos secundarios se registran todos los aparecidos relatados por los propios pacientes o por los padres. En algunos pacientes la paliperidona se introduce como neuroléptico de primera y en otros se han realizado cambios desde otros neurolépticos atípicos, en su mayoría, desde risperdal o aripiprazol. En 6 casos se ha utilizado la paliperidona en monoterapia y el resto de los casos reciben además metilfenidato si se trata de TDAH, o ISRS en trastornos afectivos.

**RESULTADOS:** Observamos muy buena tolerancia al fármaco en todas las edades, incluidos los pacientes de menos de 12 años. En tres casos, en que la dosis se había subido hasta 6 mg/día, refirieron somnolencia diurna, que cedió al bajar a 3 mg/día., Se constató una llamativa mejoría clínica sobre todo en irritabilidad-agresividad. El sistema de liberación oros hace que el control sintomático sea constante a lo largo del día, sin presentar picos y por ello se produce una mejoría en la calidad de vida. Escasa o nula afectación cognitiva y mejoría en la calidad del sueño.

**CONCLUSIÓN:** En este estudio se aprecia las ventajas del tratamiento con paliperidona en irritabilidad y agresividad asociada a diversas patologías en adolescentes e incluso en niños de menos de 12 años, para lo que aún no existe la indicación oficial. Sería interesante poder contar con más estudios de tratamiento con paliperidona en esa franja de edad y conseguir dicha indicación.

#### REFERENCIAS:

1. A Randomized, Double-Blind Study of Paliperidone Extended-Release in Treatment of Acute Schizophrenia in Adolescents. Jaskarn Singh et col. Biol psychiatry 2011.
2. Paliperidone for Irritability in Autistic Disorder. Kimberly A. Stigler and col. Journal of child and adolescent psychopharmacology. Vol 20, nº 1, 2010. Ficha técnica Paliperidona. Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia. J.M. Wiener.

#### USO DE CLOZAPINA EN MENORES: 5 AÑOS DE SEGUIMIENTO EN DOS CASOS DE ESQUIZOFRENIA RESISTENTE

*Matias Real López*

*Coordinador del Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia*

**Introducción:** La clozapina está considerada un patrón oro en el tratamiento de la esquizofrenia. Su eficacia, efectividad y eficiencia están demostradas. Entre otras situaciones, está indicado su uso en pacientes esquizofrénicos resistentes a tratamiento (entendida la resistencia como la ausencia de mejoría clínica satisfactoria a pesar de haber utilizado como mínimo dos tratamientos diferentes con antipsicóticos, incluyendo un antipsicótico atípico, a las dosis y tiempo adecuados). Desde hace años se advierte de que no se ha establecido la seguridad ni la eficacia de Clozapina en menores de 16 años y no debe utilizarse en este grupo de edad hasta que se disponga de más datos.

**Objetivo:** Presentamos 2 casos de sendas chicas de 13 años diagnosticadas de Esquizofrenia Indiferenciada resistente al tratamiento en los que se empleó clozapina. En ambos casos se siguió el programa de seguimiento de farmacovigilancia.

**Resultados:** Habían tomado previamente risperidona y aripiprazol a dosis terapéuticas (una además, perfenazina y olanzapina). Se alcanzaron dosis diarias de 700mg (que se ajustaron a 500mg posteriormente) y salvo discreta sedación al inicio y con la dosis máxima, ha sido un tratamiento bien tolerado. Los recuentos leucocitarios han estado dentro del rango aconsejado por farmacovigilancia.

Clínicamente se obtuvo la estabilización tras ajuste de dosis, con el control de las alucinaciones auditivas insultantes y mandatorias que hasta ese momento resultaban muy incapacitantes.

**Conclusiones:** Las pacientes han cumplido la mayoría de edad. Tras 5 y 6 años de tratamiento con clozapina se encuentran estabilizadas y asintomáticas. La clozapina ha resultado ser un fármaco eficaz en la esquizofrenia resistente en estas menores. El programa de seguimiento leucocitario no ha detectado alteraciones analíticas y ha resultado un tratamiento bien tolerado. La clozapina es una importante opción de tratamiento que puede mejorar la vida de muchos pacientes y no debería arrinconarse como último recurso, sino que constituye una primera elección en aquellas situaciones en que se haya establecido refractariedad o escasa respuesta al tratamiento.

**Referencias bibliográficas:**

1. - Rothschild AJ. The Evidence-Based Guide to Antipsychotic medications. American Psychiatric Publishing. Washington 2010.
2. - Farooq S, Taylor M. Clozapine: dangerous orphan or neglected friend? Br J Psych. 2011; 198:247-249.

## REVISIÓN SOBRE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO EN HOSPITALIZACIÓN PARCIAL PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES

Laura Cañas Vinader  
*Psicología*

**Introducción:** La Hospitalización Parcial (HP) es un dispositivo de tratamiento ambulatorio, activo y limitado en el tiempo, que ofrece servicios clínicos estructurados, coordinados e intensivos dentro de un ambiente terapéutico estable. En los últimos años, la HP ha adquirido mayor relevancia en el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) por representar una alternativa al ingreso total y servir de enlace con el tratamiento ambulatorio.

**Objetivo:** Revisión sistemática de la literatura exis-

tente sobre los diferentes programas internacionales de HP para los TCA (HP-TCA) y comparar las diferencias y similitudes con el Programa de TCA que se lleva a cabo en una HP vinculada a la unidad de agudos de un hospital general pediátrico de Barcelona.

**Resultados:** La mayoría de los programas de HP incluyen los diferentes subtipos de TCA (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y TCA no especificado) y abarcan planes de tratamiento individual, grupal y atención a las familias. Se han encontrado diferencias respecto al tamaño del grupo (entre 6 y 20 pacientes); la intensidad del tratamiento (entre 4 y 7 días/semana); objetivos de recuperación ponderal (entre 400g y 1kg/semana); la duración del tratamiento (entre 4 semanas y 9 meses); y la orientación teórica (psicodinámica, cognitivo-conductual y/o sistémica). Nuestro programa de HP-TCA incluye los diferentes subtipos de TCA, dispone de 20 plazas (10 plazas para un tratamiento de 4 días/semana y 10 plazas de un día/semana, éste último destinado a pacientes con riesgo de cronificación). La estancia media es de 8 semanas y la recuperación ponderal establecida es de 400g/semana. Se realiza un abordaje individual, grupal y familiar desde una perspectiva cognitivo-conductual.

**Conclusiones:** Son necesarios más estudios sobre la eficacia de los programas de HP-TCA en adolescentes con el objetivo de poder comparar los diferentes programas de tratamiento. Esto permitiría intervenir con mayor efectividad en aquellas variables físicas, nutricionales y psicosociales que predicen los resultados del tratamiento en este dispositivo.

## FACTORES PSICOPATOLÓGICOS ASOCIADOS AL RENDIMIENTO ACADÉMICO EN EL INICIO DE LA ADOLESCENCIA: ESTUDIO PROSPECTIVO DE TRES FASES

Núria Voltas Moreso  
*Licenciada en Psicología y Máster en Evaluación y Medida de la Conducta*

El fracaso escolar es una de las mayores preocupaciones del sistema educativo Español. Los datos del estudio PISA

2012 (Programme for International Student Assessment) indican que el rendimiento académico de los estudiantes españoles está por debajo de la media teniendo en cuenta los 34 países de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos).

El objetivo de este estudio prospectivo de tres fases, ha sido investigar los factores psicosociales que pueden predecir o estar relacionados con el rendimiento académico. Se considera el rendimiento académico como un posible indicador del fracaso escolar. A una muestra inicial de 1.514 escolares (edad media 10,2 años), se les administraron cuestionarios de detección de sintomatología ansiosa y/o depresiva (Children's Depression Inventory, Screen for Childhood and Related Emotional Disorders y Leyton Obsessional Inventory-Child Version). En la segunda fase, 562 sujetos (grupo de riesgo de síntomas emocionales/grupo control sin riesgo) fueron re-evaluados, y se realizaron diagnósticos de TDAH mediante la entrevista MINI-Kid. Dos años más tarde (tercera fase), se realizó el seguimiento de 242 participantes (edad media 13,5 años), cuyos padres informaron acerca de su rendimiento académico en las áreas de lenguaje, ciencias sociales y naturales y matemáticas. Los resultados mostraron de manera consistente, que los síntomas depresivos tempranos son un factor predictor del rendimiento académico para cualquier área de conocimiento. Así, los sujetos que no puntuaron por encima del punto de corte en el CDI de primera fase, mostraron unas puntuaciones significativamente superiores en cualquier área.

Los resultados también mostraron que la ansiedad persistente y el TDAH presentan una relación negativa con el rendimiento académico. En este sentido, los sujetos que no mostraron ansiedad persistente fueron los que obtuvieron puntuaciones significativamente superiores para cualquier área. Por otro lado, se observó que los síntomas de ansiedad generalizada y de fobia social se relacionaban con un rendimiento académico más alto. El nivel socio-económico se relacionó positivamente con el rendimiento académico, resultado que se observó de manera consistente en el caso de las matemáticas. En el período de transición hacia la adolescencia, maestros y profesores junto con otros profesionales, deben tener en cuenta los problemas emocionales en los niños y así tratar de evitar, entre otras experiencias negativas, resul-

tados académicos no deseados.

Calero, J., Choi, A., & Waisgrais, S. (2010). Determinants of the school failure risk in Spain: a multilevel logistic model approach to PISA-2006. *Revista de Educación*, número extraordinario, 225-256. Durlak, J.A., Weissberg, R.P., Dymnicki, A.B., Taylor, R.D., & Schellinger, K.B. (2011). The impact of enhancing students social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82, 405-432. Marcotte, D., Lévesque, N., & Fortin, L. (2006). Variations of cognitive distortions and school performance in depressed and non-depressed high school adolescents: A two-year longitudinal study. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 211-225. Valiente, C., Swanson, J., & Eisenberg, N. (2012). Linking Students' Emotions and Academic Achievement: When and Why Emotions Matter. *Child development perspectives*, 6, 129-135.

### **MANTENIMIENTO A LARGO PLAZO DE LA EFICACIA DE GXR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TDAH: ESTUDIO FASE 3 ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO, CONTROLADO CON PLACEBO, MULTICÉNTRICO Y DE TIEMPO HASTA LA RECAIDA**

*Jeffrey H. Newcorn*

*Profesor Asociado de Psiquiatría y Pediatría y Director de la División de Psiquiatría Infantil y Adolescente en el Mount Sinai Medical Center de Nueva York. Recibió su licenciatura y título de médico en la Universidad de Rochester y completó su formación en psiquiatría general e infantil y adolescente en el Tufts-New England Medical Center. El Dr. Newcorn es un investigador muy respetado en las áreas de Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH), agresión, psicopatología descriptiva de trastornos en niños y adolescents y psicofarmacología infantil y adolescente. Dirige un programa de ensayos clínicos y ha estudiado muchos de los tratamientos médicos más nuevos para tratar el TDAH. Sus estudios son publicados en todo el mundo sobre estos temas y otros relacionados.*

**Introducción y objetivos:** Guanfacina-hidrocloruro retardada (GXR), es un fármaco agonista selectivo

$\alpha$ 2A-adrenérgico no estimulante para el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) aprobado en EEUU y Canadá. Este estudio fue realizado en EEUU-Europa para evaluar el mantenimiento de la eficacia a largo plazo de GXR en niños/adolescentes con TDAH.

**Métodos:** Se incluyeron pacientes (6-17 años) con criterios para TDAH (DSM-IV-TR), puntuación basal ADHD-RS-IV  $\geq 32$  y escala de impresión clínica global-severidad (CGI-S)  $\geq 4$ . Los pacientes respondedores (13 semanas de tratamiento abierto con GXR 1-7 mg/día) entraron en una fase (6 meses) doble ciego aleatorizada (FA) donde continuaron recibiendo GXR o placebo. Objetivo primario: fallo al tratamiento en FA (incremento  $\geq 50\%$  puntuación total en la ADHD-RS-IV e incremento  $\geq 2$  puntos en CGI-S durante 2 visitas consecutivas, comparada con basal-FA). Variable primaria del estudio: comparar la proporción de fallos al tratamiento en FA entre GXR-placebo. Variable secundaria: tiempo al fallo del tratamiento (TFT;días). Las evaluaciones de seguridad incluyeron: acontecimientos adversos surgidos tras el tratamiento (TEAEs), electrocardiogramas y signos vitales.

**Resultados:** 528 pacientes incluidos, 316 (59,8%) entraron en FA. Al término del estudio (semana 39), 49,3% (GXR) y 64,9% (placebo) (diferencia  $-15,6$ ; 95% CI:  $-26,6$ ,  $-4,5$ ;  $p < 0,01$ ) de los pacientes discontinuaron tratamiento. Media TFT 56 días-placebo vs 218 días-GXR,  $p = 0,003$ . Los tres TEAEs más frecuentes para GXR en FA fueron dolor de cabeza, somnolencia y nasofaringitis. No hubo cambios clínicamente significativos en signos vitales/electrocardiogramas.

**Discusión:** GXR demostró un mantenimiento de la eficacia a largo plazo en niños/adolescentes con TDAH siendo generalmente bien tolerada. Estudio Financiado por Shire Pharmaceuticals. ClinicalTrials.gov (NCT01081145) y EudraCT (2010-018579-12)

**COLABORACIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA DISMINUIR EL IMPACTO DE EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS TEMPRANAS. EXPERIENCIA DE LA FUNDACIÓN ALICIA KOPLOWITZ**

*Paz Quijano Barroso*

*Es psicóloga clínica y trabaja en los hogares de acogida de la Fundación Alicia Koplowitz (Área Social) impartiendo tratamiento especializado a los menores acogidos y coordinando el trabajo con las familias y con otras instituciones involucradas en su cuidado.*

**Introducción:** En España existen muchas instituciones comprometidas con la lucha contra el abuso infantil: la Institución para las Familias y los Menores, centros de cuidado infantil, recursos de atención de la salud, escuelas, servicios sociales... En este contexto, la colaboración entre las instituciones es esencial. De esta manera, la Fundación Alicia Koplowitz (FAK; Madrid, España) tiene a su cargo – en régimen legal de tutela – menores que han sido víctimas de abuso infantil (especialmente negligencia). La FAK proporciona a los menores tratamiento especializado y coordina su trabajo con las familias y con todas las instituciones involucradas en su cuidado.

**Hipótesis:** 1- Los niños que han sufrido maltrato en la infancia presentan mayor sintomatología depresiva, más dificultades de control de la ira y más riesgo de ideación suicida y conductas autolesivas. 2- Los niños que han recibido tratamiento especializado presentan una sintomatología menor en comparación con los que no han recibido tratamiento.

**Material y métodos:** Llevamos a cabo un estudio piloto con 21 víctimas de abuso infantil (especialmente negligencia). Los participantes, de edades comprendidas entre 7 y 16 años, fueron reclutados por la FAK derivados por los Servicios Sociales. 12 pacientes que habían sido víctimas de abuso infantil (incluido acoso escolar) y nunca habían recibido tratamiento fueron evaluados antes de empezar el tratamiento en las consultas externas de psiquiatría infantil de la adolescencia de la Fundación Jiménez Díaz (Madrid, España; Grupo FJD). Además, 21 sujetos evaluados en la FJD que no habían recibido ningún diagnóstico se utilizaron como grupo control. A fin de evaluar la psicopatología de los participantes (sintomatología depresiva, dificultades para controlar la ira y conducta suicida y autolesiva), a todos los participantes se les administró el Inventario de Depresión Infantil (CDI), el Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI), y la versión española de la Self-Injurious

Thoughts and Behaviors Interview (SITBI). Para analizar los datos, se utilizó el test de Kruskal-Wallis.

**Resultados:** Los sujetos del grupo FJD presentaron unos síntomas más severos en depresión y autoestima ( $\chi^2=11.3$ ,  $df=2$ ,  $p<.001$  and  $\chi^2=6.6$ ,  $df=2$ ,  $p=.01$ , respectivamente) que los sujetos del grupo FAK. Los sujetos del grupo FAK, por su parte, puntuaron más alto que los del grupo control en estas dos variables. Sin embargo, los sujetos del grupo FAK presentaron una mayor tendencia a exteriorizar su ira en comparación con los sujetos de los otros dos grupos ( $\chi^2=4.2$ ,  $df=2$ ,  $p=.04$ ). En cuanto a las conductas suicidas y autolesivas, encontramos tasas significativamente superiores de ideación suicida y de autolesiones (NSSI) en sujetos del grupo FJD ( $\chi^2=5.2$ ,  $df=2$ ,  $p=.02$ ), seguidos por los sujetos del grupo FAK.

**Conclusiones:** Los menores que han sido víctimas de abuso muestran una mayor sintomatología depresiva, más dificultades de control de la ira, así como una mayor tendencia a autolesionarse. Estos síntomas son más severos en el caso de los menores que no están recibiendo ningún tratamiento en comparación con los que están bajo la tutela de la Fundación Alicia Koplowitz. El tratamiento especializado y una coordinación efectiva entre las instituciones involucradas en el cuidado infantil podrían reducir las secuelas psicológicas del abuso infantil.

#### Referencias:

1. Del Barrio, V., Roa, M. L., Olmedo, M., & Colodron, F. (2002). Primera adaptación del CDI a la población española. *Acción Psicológica*, 3, 263-272.
2. Del Barrio, V., Spielberger, C. D., & Aluja, A. (2006). "STAXI-NA. Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo en niños y adolescentes". TEA Ediciones, 1ª edición. García-Nieto, R., Blasco-Fontecilla, H., Paz Yepes, M., & Baca-García E. (2013). Traducción y validación de la Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview en población española con conducta suicida. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6, 101-108

## ESTUDIO PILOTO DE EVALUACION PSICOLÓGICA EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA BASADO EN UN MODELO DE ESTRÉS TRAUMÁTICO Y RIESGO PSICOSOCIAL

Illenia Gori

*Fecha de nacimiento:* 12-09-1980 *Lugar de nacimiento:* Firenze *Domicilio actual:* Via di Mantignano 151 Firenze *Teléfono de contacto:* 722-232-678 *Centro de trabajo:* Hospital A. Meyer Firenze, *Dirección de e-mail:* i.gori@meyer.it *ileniagori.fi@gmail.com* *Formación académica:*  
 - *Estudios universitarios:* Licenciatura en Medicina en la Facultad de Medicina de la Universidad de Florencia durante el periodo A/A 1999/2000-2006/2007.  
 - *Beca Erasmus en Medicina, realización del 5º curso de medicina en la Universidad de Sevilla Hospital Virgen de la Macarena.* - Desde junio de 2009 a junio 2014 *formación como Medico Interno Residente en la especialidad de (R5) Neuropsiquiatria Infantil Hospital A.Meyer, Florencia Director Prof. R. Guerrini.* - Enero 2013 *Medico residente (R4) en rotación externa Servicio Neuropsiquiatria Infantil Unidad TEA Dra Tancredi, IRCCS Clambrone Pisa.* - *Medico residente (R4/5) en rotación externa Servicio Psiquiatria-Psicología Infantil HSJD, Barcelona Aprile 2013- Aprile 2014.*  
*Experiencia laboral:* - Desde Julio de 2006: *NPI SOD en Careggi prof. Papini: Follw-up prematuros, parálisis cerebral infantil, epilepsia.* - Desde Octubre 2006 a Abril 2007: *Ospedale degli Innocenti, Florencia. CCEE de NPI, Logopedia, P.E.I (programas Individualizados educativos en escuelas, jardines de infantes, escuelas primarias y secundarias).* - Desde Octubre 2006 a Diciembre: *AOU.Careggi Prof. Placidi: CCEE DCA, psicopatología Mujeres, clínicas psiquiátricas mujeres* - Febrero 2007 marzo 2008 : "Centro Nascita Careggi - La Margarita-" *Percorso de asistencia multidisciplinario sobre problemas de salud mental perinatal con la psicoterapia breve madre-hijo* - Desde Julio 2008 a Junio 2009: *practicar en El cuidado de los padres en la UCIN- Cuidados Intensivos Neonatales, Hospital Meyer, Florencia. Dott. ssa Alessandra Amato Guarino* - Desde Octubre 2008 a octubre 2009: *Voluntario de Médicos por los Derechos Humanos (MEDU), en los "derechos" de Camper, servicios médicos y la promoción de la prevención y atención psico-social para la población sin hogar, de Florencia* *Idiomas:* - Castellano nivel C - Inglés: nivel B1 *Formación complementaria y cursos de formación:* - Desde Septiembre 2009 septiembre 2012 a En Formación Escuela de psicoterapia A.I.S.P.T. (Sand Paly Therapy, Roma). - Desde Noviembre 2007 a Mayo 2008: "IV Edición de Curso de Psicología del Desarrollo de los niños " en el Hospital Meyer de Florencia. - 15 de octubre de 2010: *Introducción Curso de formación de*

*“Early Start Denver Model A de tratamiento evolutivo y de conducta de los niños con autismo en la infancia temprana. Prato. - 13-14-15 octubre 2011 Curso de Capacitación: “El desarrollo psicofarmacológico” IRCCS Fundación Stella Maris, de Pisa. 1-2-3 diciembre 2011 Curso de Capacitación: “El desarrollo psicofarmacológico” IRCCS Fundación Stella Maris, de Pisa. Prof. Masi- Prof Zuddas - 3 a 18 noviembre 2011: Curso de formación “. Manejo de Emergencias - Trastornos psiquiátricos de emergencia en la infancia y la adolescencia en el área de urgencias del hospital” Florencia, AOU Careggi. Prof. Zuddas - October 15 - 17, 2012- Basic GM curs: Observation of spontaneous motor activity as a diagnostic tool in newborns and infants” Calambrone-Pisa, Italy, - 20 Noviembre 2012 Curso de Formación Avanzada en Psiquiatría: “El trastorno de la alimentación: las características psicopatológicas y nuevas estrategia terapéuticas”: Profesor G. Fairburn (UK) SOPSI . Florencia. - Decembre 2013- Abril 2014 : “ Curso Habilidades Grupales” Dr F. Lacasa HSJD Barcelona. - Febrero 2014 Seminar for Basic certification Video Intervention Therapy, G. Dawing. Barcelona Miembro: - Miembro SINPIA ( Società Italiana Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza) Pósters: • I.Gori, M.C. Stefanini, L. Giardinelli. Percorso de Prevención y primera recepción en Salud Mental Perinatal de el Centro de Nacimiento dell’AOU Careggi Florencia. Primer Congreso Internacional ISFCA (Inter-school Forum on child analysis) Milán Noviembre 2009. Participación en proyectos de investigación: • Investigadora colaboradora AOU. Careggi, Firenze ( Prof.Martinetti, Dra Stefanini) -”Evaluación de los estilos de apego anteriores y el funcionamiento actual de los padres en los casos de los adolescentes internados en el SOD NPI con el trastorno de conducta alimentaria restrictivas”. -”Los trastornos de la alimentación en la infancia y la adolescencia y la función de los padres. Un programa de investigación para la participación de los padres en la cuidado de los niños. Utilización del modelo de Maudsley” • Actualmente investigadora : - Estudio piloto de un evaluación psicológica en oncología pediátrica basado en un modelo de estrés traumático y riesgo psicosocial HSJD, Barcelona*

**Fundamentos:** Actualmente no existe a nivel nacional un protocolo de valoración psicológica manualizado y estandarizado de pacientes pediátricos oncológicos y familias. Sin Embargo l cuidado de los aspectos

psicológicos debe ser un trabajo continuo de seguimiento y observación para facilitar intervenciones adecuadas a cada etapa. La evidencia científica recomienda un modelo de estrés postraumático y riesgo psicosocial llevado a cabo en la Unidad de Oncología del Hospital de Niños de Filadelfia,(CHOP). Gracias a los instrumentos de screening, PAT (Psychosocial Assessment Tool 2.0) CSDC-SF (Child Stress Disorders Checklist Screening Form) se puede valorar y clasificar por niveles de gravedad las reacciones psicológicas de los niños y familias afectadas por cáncer.

**Objetivos:** • Evaluar propiedades psicométricas del PAT (CI) • Evaluar el test CSDC-SF como screening

**Método:** Se determinó en 8 pacientes la consistencia interna y estructura factorial mediante la estimación del alfa de Cronbach de las medidas de riesgo psicosocial con el test PAT y de las distintas subescalas. La medida de estrés postraumático se evaluó con CSDC-SF.

**Resultado:** análisis de fiabilidad y consistencia interna del test de screening PAT: PAT total score:  $\alpha = 0.86$ . Subescalas EF  $\alpha = 0.71$ ; PN|> 2  $\alpha = 0.84$ ; PH  $\alpha = 0.70$ ; PP  $\alpha = 0.80$ ; RES  $\alpha = 0.52$ . Subescalas no valorables: AF; PN< 2 aa; CF. El test CSDC-SF ha resultado positivo en el 62%.

**Conclusión:** Podemos indicar que los instrumentos utilizados podrían ser una buena herramientas para determinar y valorar el riesgo psicosocial y de estrés en niños con enfermedades oncológicas. Se hace necesario continuar el estudio con un aumento del número de pacientes. Este modelo de evaluación, nos permitiría una mejor atención a la demanda desde la primera fase de la enfermedad oncológica.

#### Referencias esenciales

1. Kazak, A. E., Barakat, L. P., Ditaranto, S., Biros, D., Hwang, W. T., Beele, D., Reilly, A. (2011). Screening for psychosocial risk at pediatric cancer diagnosis: The psychosocial assessment tool. *Journal of Pediatric hematology/oncology*, 33(4), 289-294.
2. Pai, A. L., Patino-Fernandez, A. M., McSherry, M., Beele, D., Alderfer, M. A., Reilly, A. T., . . . Kazak, A. E. (2008). The psychosocial assessment tool (PAT2.0): Psychometric properties of a screener for psychosocial distress in families of

children newly diagnosed with cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(1), 50-62.

### LA FUNCIÓN TERAPÉUTICA DEL FISIOTERAPEUTA EN NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

*Jorge Cazorla González*

*Graduado en Fisioterapia. Postgrado en Fisioterapia Pediátrica. Colaborador docente en el Grado de Fisioterapia del Centro Universitario EUSES de la Universitat de Girona. Fisioterapeuta en trabajos de coinervención en el tratamiento de niños afectados de Trastorno del Espectro Autista en Espai (Girona)*

**Introducción:** La integración del niño con un trastorno del espectro autista (TEA) en la escuela y en la sociedad es una necesidad que implica la convergencia de distintos profesionales para mejorar su adaptación e incidir positivamente en su calidad de vida. En nuestro país, el fisioterapeuta no suele incluirse en el equipo que trata al niño con TEA. Hay que considerar las características del niño que son susceptibles de tratamiento fisioterapéutico, especialmente desde la hidroterapia en piscina y la coinervención con el psicomotricista en la sala de juegos. Las consecuencias serán la mejora de la calidad de vida del niño y de sus padres, de la vinculación, la integración, y disminución del estrés. El proyecto es individualizado, estructurado, intensivo, extensivo, y con intervención de los padres

**Objetivos:** Desarrollar un programa de intervención precoz en el tratamiento fisioterapéutico para niños con TEA, integrado en un equipo multidisciplinar. Mejorar la calidad de vida, la integración y la adaptación del niño. Considerar la función “terapéutica” del fisioterapeuta pediátrico.

**Material y métodos:** Se ha elaborado un programa para la atención precoz al niño con TEA, con dos subprogramas: hidroterapia en piscina y trabajo en sala de juego, en coinervención con el psicomotricista. Todos y cada uno de los ejercicios tienen sus objetivos específicos y concretos. Resultado: Se ha empezado a aplicar este programa, consiguiendo mejoras cualitativas en los aspectos motores del niño con TEA, el equilibrio,

el contacto visual, la coordinación, la propiocepción, la integración, y el control de las estereotipias.

**Conclusiones:** El profesional de la fisioterapia debe ejercer su función “terapéutica” en el tratamiento integral de los niños con TEA, ampliando así el equipo multidisciplinar. Los resultados preliminares positivos nos indican que este programa supone una aportación para aplicarlo y desarrollarlo. Se precisan estudios cuantitativos para poder hacer evidentes estas mejoras.

- Mieres AC, Kirby RS, Armstrong KH, Murphy TK, Grossman L. Autism Spectrum Disorder: An Emerging Opportunity for Physical Therapy. *Pediatr Phys Ther*. 2012;24(1):31-7. - Fragala-Pinkham MA, Haley SM, O’Neil ME. Group swimming and aquatic exercise programme for children with autism spectrum disorders: a pilot study. *Dev Neurorehabil*. 2011;14(4):230-41.

### TRABAJAR EL VÍNCULO DESDE EL EMBARAZO. A PROPÓSITO DE UN CASO

*Pilar Baos Sendarrubias*

*Licenciada en Medicina y Cirugía. Especialidad en Psiquiatría*

**Introducción:** El vínculo materno-filial se crea desde que la madre está embarazada. Este vínculo prenatal puede tener consecuencias en el desarrollo emocional y físico del feto. Se presenta un caso de una madre con patología ansiosa-depresiva y rechazo al embarazo.

**Antecedentes:** Mujer de 43 años, casada. Embarazada en segundo trimestre de gestación, embarazo gemelar por técnicas de fecundación in vitro. Tiene un hijo de 7 años, cuyo embarazo también fue por fecundación in vitro. Antecedentes de seguimiento psiquiátrico desde hace años por cuadro ansioso-depresivo. Tratamiento farmacológico con antidepresivos desde el primer trimestre de gestación. La paciente refiere que aunque ella quería quedarse embarazada y decidió implantarse dos embriones, cuando se enteró que estaba embarazada de gemelos, comenzó con síntomas ansioso-depresivos, ideación autolítica y deseos de abortar ya que no se habían cumplido sus expectativas (quedarse embarazada de un solo feto). Hipótesis y objetivos: Se plantea como

objetivos de la intervención, ajustar medicación según semana de gestación, mejorar el estado de ánimo de la paciente, fomentar el vínculo prenatal y aumentar el bienestar de la madre y los fetos mediante ejercicios para el fomento de la autoestima, técnicas de relajación.

**Material y métodos:** Inicialmente se administran a la paciente varios cuestionarios sobre psicopatología, afrontamiento, apoyo social y vínculo prenatal durante el 2º y 3º trimestre. Se establecen una serie de sesiones para proponer actividades que promuevan el vínculo de la madre hacia los fetos.

**Resultados:** Se realizan una serie de sesiones para trabajar el vínculo prenatal mediante actividades de estimulación prenatal (táctiles, auditiva). En la tercera sesión se aprecia un cambio considerable respecto al vínculo materno-fetal.

**Conclusiones:** El vínculo empieza mucho antes del nacimiento, en el útero, y es un momento muy importante por la influencia que la madre puede llegar a ejercer sobre el bebé no nacido. Los programas de intervención prenatal ayudan a fomentar el vínculo entre la madre y el bebé, a mejorar la percepción del rol de madre y a favorecer un adecuado desarrollo emocional del bebé.

#### Referencias bibliográficas:

1. Gómez Masera, R.; Alonso Martín, P. y Rivera Pavón, I. (2011) Relación materno fetal y establecimiento del apego durante la etapa de gestación. *Revista de Psicología*, 1,1, 425-434. - Bowlby, J. (1986). Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. Madrid: Ed. Morata.
2. Lafuente, M.J. (1995). *Hijos en camino*. Barcelona: Grupo Editorial CEAC, S.A. - Regina Rodríguez, A.; Pérez López, J. y Brito de la Nuez, A. (2004). La vinculación afectiva prenatal y la ansiedad durante los últimos tres meses del embarazo en las madres y padres tempranos. Un estudio preliminar. *Anales de Psicología*, 20,1, 95-102.

#### TOMA DE DECISIONES EN BASE AL DIAGNOSTICO MULTIAIXIAL EN PACIENTES ADOLESCENTES CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

*Gonzalo Morandé Lavín*  
*Psiquiatra*

**INTRODUCCIÓN:** Analizamos 54 casos de pacientes diagnosticados TCA, con edades comprendidas entre los 7 y 17 años de edad del Hospital Infantil del Niño Jesús de Madrid.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** El objetivo se centra en conocer la relación entre el diagnóstico multiaxial que propone el DSM-IV TR, más dos ejes añadidos, el tipo de familia de la que procede, la funcionalidad de ésta y el rendimiento escolar del sujeto, con el fin de observar la relación entre los criterios con la posterior propuesta de tratamiento. Los diagnósticos utilizados en Eje I fueron Anorexia nerviosa restrictiva (ANR), Anorexia nerviosa purgativa (ANP), Bulimia nerviosa purgativa (BNP), Trastorno por Atracción (BED) y Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE), dividido en Síndrome parcial o en curso y TCANE atípico. Los resultados preliminares muestran que un 33,3% fueron diagnosticados dentro del cuadro de ANR, un 11,1% ANP, un 22,2% en BNP, 1,9% en BED y un 31,5% en TCANE. También se tuvieron en cuenta las comorbilidades en Ansiedad, Depresión, autolisis e intentos autolíticos.

**RESULTADOS PRELIMINARES:** En cuanto a la relación entre el Eje I con el Eje II se observó un porcentaje mayor de pacientes ANR en el subtipo I y con BN dentro del subtipo II. Respecto al estado de nutrición, Eje III, encontramos mayor porcentaje de ANR en estado de mal nutrición, por el contrario, las BNP son mayoría normopeso. El Eje IV atendiendo al cuestionario de Mardomingo, un porcentaje alto de nuestros pacientes indicaban muerte de un familiar e insatisfacción corporal. En el Eje V, la mayor parte de los pacientes se valoraron dentro de dificultades moderadas en su actividad social, laboral o escolar. El Eje VI se obtuvo mayoría de familias organizadas en todos los diagnósticos. En cuanto al rendimiento escolar, Eje VII, encontramos que 20.4% de las ANR tienen rendimiento superior, en rendimiento normal encontramos 14.8% de BNP y el 18.5% de TCANE. Teniendo en cuenta esta relación de datos optamos por una indicación terapéutica determinada.

## TDAH, TRASTORNO MÚLTIPLE DEL DESARROLLO Y TRASTORNO BIPOLAR: FRONTERAS NOSOGRÁFICAS

*Esther Montero Manzano*

*Licenciado en medicina y cirugía*

**INTRODUCCIÓN:** Algunas agrupaciones nosográficas sientan sus bases en conceptos del desarrollo, psicodinámicos, cognitivos, holísticos y lesionales, estableciendo prioridades de unos sobre otros. Con frecuencia presentan una semiología variable, imprecisa e incluso comórbida. El TDAH, el Trastorno Múltiple del Desarrollo y el Trastorno Bipolar forman parte de estas categorías diagnósticas que suscitan una evaluación exhaustiva más allá de la alteración de la expresión comportamental evidente en todas ellas.

**CASO CLÍNICO:** Se presenta el caso de un varón de 14 años de edad con alteraciones del comportamiento, del aprendizaje, de las relaciones sociales y del estado de ánimo desde la infancia. La dinámica relacional familiar se mostró disfuncional. Fue diagnosticado de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad de tipo combinado, Trastorno Bipolar y Trastorno Múltiple del Desarrollo tras múltiples evaluaciones por el servicio de neuropediatría, equipo de salud mental infanto-juvenil y equipo de orientación psicopedagógica. Finalmente, se realizó un estudio farmacogenético a fin de facilitar el diagnóstico diferencial y orientar la intervención más apropiada.

**CONCLUSIONES:** Este caso clínico plantea las dificultades en relación al estudio y abordaje de las patologías que debido a la combinación de múltiples factores genético-ambientales comportan una gran complejidad. El significado nosológico de estas co-ocurrencias clínicas permanece aún poco claro. La presencia de sintomatología común y solapada entre los diagnósticos propuestos exige la necesidad de un estudio en profundidad sobre las vías neurobiológicas subyacentes que explican su fisiopatología.

### REFERENCIAS

1. Marcelli D, Cohen D. Psicopatología del niño. 7ª ed. Barcelona: Masson 2010.
2. Quintero Gutiérrez del Álamo FJ, Correas Lauffer

J, Quintero Lumberas FJ. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida. 3ª ed. Barcelona: Masson 2009.

3. Masi G, Perugi G, Toni C, Millepiedi S, Mucci M, Bertini N, Pfanner C. Attention-deficit hyperactivity disorder – bipolar comorbidity in children and adolescents. *Bipolar Disord* 2006; 8: 373–381.

## DEJÉ DE COMER PARA QUE DIAGNOSTICARAN A MI MADRE

*Inmaculada García Vilches*

*Licenciada en Psicología*

**Introducción:** Algunos autores consideran el Trastorno de la Conducta Alimentaria (T.C.A.) como una forma de expresión de conflictos internos. En el caso que presentamos, el T.C.A. que la paciente padece es reflejo de la situación familiar disfuncional debido al trastorno mental grave sin diagnosticar de la madre, el cual pudo ser diagnosticado a raíz del ingreso de la hija en la Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil (U.H.S.I.J.).

**Antecedentes:** Paciente de 16 años que ingresa en la Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil por Trastorno de la Conducta Alimentaria (Anorexia Nerviosa). La paciente lleva un año sin acudir a clase. Según la paciente y la madre, la paciente ha sido acosada por el resto de iguales desde que tenía 3 años. Durante las entrevistas familiares, se objetiva una sintomatología delirante en la madre, en cuanto a la protección y cuidado de la hija lo que ha conllevado un aislamiento social, académico y familiar de la niña.

**Hipótesis y objetivos:** Se plantean como objetivos de la intervención, la ruptura de la relación simbiótica de la paciente con la madre, la normalización de conductas alimentarias y la reincorporación a actividades tanto sociales como académicas propias de su edad.

**Material y métodos:** Durante el ingreso, se realiza una intervención tanto individual como familiar y una coordinación con Servicios Sociales de zona y Unidad de Hospitalización Breve de Adultos.

**Resultados:** La paciente se ha reincorporado a sus

actividades académicas y de ocio tras la separación temporal de la madre. Ésta está actualmente ingresada en la Unidad de Media Estancia.

**Conclusiones:** Muchas veces la patología mental que los menores padecen, son la expresión del entorno disfuncional en el que viven. En el caso que nos ocupa, la menor ha convivido con una paciente con una patología mental grave no tratada durante años lo cual ha supuesto un deterioro en la menor y el desarrollo de un Trastorno de la Conducta Alimentaria.

**Bibliografía:**

1. Wiener, J. y Dulcan, M. (2005). Tratado de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia. Ed. Masson.
2. Marcelli, D. y De Ajuriaguerra, J. (1996). Psicopatología del niño. Ed. Masson

**MOTIVO DE CONSUMO EN ADOLESCENTES DUALES**

*Josep Matali Costa*

*Psicólogo Clínico. Coordinador de la unidad de conductas addictivas del adolescente Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil*

**Introducción:** El cannabis es una sustancia ampliamente consumida por los adolescentes españoles. Hay un incremento de la evidencia que su consumo constituye un factor de riesgo para el inicio de múltiples problemas. Identificar y mejorar los motivos de consumo es un aspecto imprescindible para el desarrollo de intervenciones efectivas.

**Objetivo:** Estudiar las propiedades psicométricas de la versión española del Marihuana Motives Measure (MMM) en población clínica adolescente y probar un modelo explicativo que relacione los factores de personalidad, los motivos de consumo de cannabis y el bajo rendimiento académico. Método: Se obtuvo una muestra de pacientes que solicitan tratamiento por consumo de cannabis en la Unidad de Conductas Adictivas del Adolescente (n = 228): Diseño Emplazamiento y participantes. Los adolescentes fueron sometidos a una entrevista en el hospital y que completaron los cuestionarios en sus hogares.

**Medidas:** El consumo de cannabis, los trastornos por uso de sustancias, el nivel académico, los motivos de consumo, los efectos subjetivos de consumo de cannabis y la personalidad se evaluaron para cada participante. C

**Conclusiones:** La versión española de la MMM mostró la misma estructura factorial que la versión original. La consistencia interna es buena para Coping = 0,83 ; Expansión = 0,74 ; Social = 0,82 ; Enhancement = 0,72 , y moderada para la conformidad = 0,64. El análisis factorial exploratorio en las escalas de personalidad, determinó dos factores (internalización y externalización). El modelo mostró que dichos factores de personalidad están asociados con diferentes motivos de uso y esto juega un papel activo tanto en el inicio de consumo de cannabis y la aparición de sus repercusiones, siendo el fracaso académico una de las principales consecuencias. Este modelo se ajusta bien  $\chi^2 (df = 16, N = 228) = 18.31, p = 0,306$  ; CFI = 0.99 , RMSEA = 0,025 ; WRMR = 0,384.

**Conclusiones:** Los resultados de este estudio, realizado en una población adolescente clínica, apoyan la idea de la importancia de la evaluación individual de los efectos y los comportamientos asociados al consumo de cannabis de los adolescentes, incluidos los aspectos motivacionales para una mejor comprensión y manejo del consumo de cannabis y sus consecuencias.

Referencias esenciales:

1. Simons JS, Gaher RM, Correia CJ, Hansen CL, Christopher MS. An affective-motivational model of marijuana and alcohol problems among college students. *Psychol. Addict. Behav.* 2005;19(3):326–34.
2. Simons J, Correia CJ, Carey KB, Borsari BE. Validating a five-factor marijuana motives measure: Relations with use, problems, and alcohol motives. *J. Couns. Psychol.* 1998; 45(3):265–73.

**5 AÑOS DESPUÉS... ESTUDIO DE EFICACIA A 5 AÑOS DE UN GRUPO DE PACIENTES CON TCA DESPUÉS DEL TRATAMIENTO EN HOSPITALIZACIÓN**

*Antoni Grau Touriño*

*Licenciado en Psicología co-director Master en intervención psicológica en los Trastornos de la Conducta*

*Alimentaria y la Obesidad. Universitat de Barcelona co-director Postgrado Modelo integrado de tratamiento en los Trastornos de la Conducta Alimentaria y la Obesidad co-director Postgrado entrenamiento en la práctica clínica en los Trastornos de la Conducta Alimentaria y la Obesidad*

**Introducción/antecedentes:** Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son patologías complejas, cuyo manejo clínico a menudo requiere de hospitalizaciones. Durante estas, los objetivos asistenciales no deben limitarse a la restitución del equilibrio orgánico, sino que son una ocasión privilegiada para tratar aspectos psicológicos, relacionales y familiares. Los estudios de eficacia a largo plazo arrojan resultados tan diversos como heterogéneos son los tratamientos de los que proceden

**Hipotesis/Objetivo:** El objetivo de este trabajo es comprobar la eficacia del tratamiento seguido por un grupo de adolescentes con TCA tratados en el Instituto de Trastornos Alimentarios (ITA) 5 años atrás.

**Material y métodos:** Se seleccionó al azar una muestra de 51 adolescentes que fueron tratados en la Unidad de Hospitalización para TCA de ITA durante el periodo comprendido entre los años 2008-2009

**Instrumentos:** SCID-I para los Trastornos de la Conducta Alimentaria ICG- Impresión Clínica Global Resultados El subgrupo de pacientes que mantuvo el tratamiento con regularidad obtuvo mejores índices pronóstico que aquellos que abandonaron el tratamiento después de la hospitalización.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos permiten recomendar los tratamientos de hospitalización con objetivos no limitados a la recuperación física. Estas hospitalizaciones deben tener continuidad ambulatoria con objeto de prevenir posibles recaídas y promover una adecuada rehabilitación psicosocial

## **EFFECTOS LONGITUDINALES EN EL DESARROLLO COGNITIVO INFANTIL DE LA EXPOSICIÓN PRENATAL A LA NICOTINA**

*Carmen Hernández-Martínez  
 Doctora en Psicología Investigadora en factores prenatales que afectan al neurodesarrollo*

**INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES:** La exposición prenatal a la nicotina se ha relacionado de manera consistente con diversos problemas de salud. Aún así, el tabaco es la sustancia tóxica más consumida durante el embarazo [1]. En España, el 43.5% de las mujeres de entre 25 y 44 años fuma y durante el embarazo este porcentaje disminuye hasta un 26.6% [2]. El consumo de nicotina durante el embarazo se ha relacionado con problemas cognitivos y conductuales en el niño tanto a corto como a largo plazo [1] pero estas relaciones no siempre han sido controladas por otros factores que también inciden en la aparición de alteraciones cognitivas y conductuales tales como alteraciones psicopatológicas de los progenitores, relación padres/hijo, exposición pasiva del niño al humo del tabaco, etc. [3]. En relación a este último, según la OMS, el 40% de los niños y el 35% de las mujeres no fumadoras están expuestas pasivamente al humo del tabaco [4], por tanto, estos son aspectos importantes que se deben tener en cuenta al estudiar este tipo de relaciones.

**OBJETIVO:** El objetivo de este trabajo es estudiar el efecto de la exposición prenatal a la nicotina en el desarrollo cognitivo infantil, teniendo en cuenta un grupo de embarazadas fumadoras pasivas y la exposición pasiva del niño al humo del tabaco.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** 158 niños sanos nacidos a término fueron reclutados durante el primer trimestre de gestación. La exposición prenatal a la nicotina fue registrada en los tres trimestres del embarazo, y la postnatal fue registrada a los 6, 12 y 30 meses de vida del niño. El desarrollo cognitivo se evaluó en estos mismos tres periodos mediante las Escalas de Bayley para el Desarrollo Infantil de las cuales se obtuvieron los Índices de Desarrollo Mental y Psicomotor así como las edades de desarrollo cognitivo, social, del lenguaje y motor. A los 12 meses de edad, también se evaluó el nivel de desarrollo lingüístico de los niños mediante el Inventario de Desarrollo Comunicativo MacArthur-Bates. Los resultados de estos test fueron ajustados por las variables peso al nacer, edad gestacional, tipo de lactancia durante los primeros 12 meses, nivel socioeconómico familiar, estado de salud general de los progenitores, exposición postnatal a la nicotina y el vínculo padre/madre-hijo.

**RESULTADOS:** Los resultados muestran como, después de ajustar por las variables mencionadas, los

bebés hijos de madres fumadores y fumadoras pasivas mostraron peores puntuaciones de desarrollo cognitivo en los tres periodos. El área que fue afectada de manera más consistente fue la del lenguaje ya que la edad de desarrollo lingüístico fue significativamente inferior a los 6, 12, 30 meses de edad en aquellos niños expuestos a la nicotina (tanto de manera activa como pasiva) durante su gestación. Así mismo, a los 12 meses de edad, los bebés prenatalmente expuestos, mostraron menos vocalizaciones prelingüísticas y peor comprensión verbal que los bebés no expuestos.

**CONCLUSIONES:** Estos resultados nos permiten concluir que, independientemente de variables obstétricas, pediátricas y ambientales (incluida la exposición postnatal al humo del tabaco), la exposición prenatal a la nicotina tanto de manera activa como pasiva, afecta al desarrollo cognitivo de los niños, especialmente al desarrollo del lenguaje.

**REFERENCIAS:**

1. Melo M, Bellver J, Soares SR. The impact of cigarette smoking on the health of descendants. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*, 2012, 7, 167-173.
2. Nerín I, Jané M. Libro blanco sobre mujeres y tabaco. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
3. Bublitz MH, Stroud LR. Maternal smoking during pregnancy and offspring brain development. *Nicotine and Tobacco Research*, 2012, 14, 388-97.
4. USDHHS. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the surgeon general. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Office of smoking and Health; 2006.

**EFFECTIVIDAD DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL EN ADOLESCENTES: ¿INFLUYE EL ANTECEDENTE DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA?**

*Iñaki Kerexeta Lizeaga*

*Médico Psiquiatra Adjunto Servicio de Psiquiatría de Hospital Universitario Basurto*

**Introducción** La Terapia Dialéctica Conductual (TDC) ha demostrado ser un tratamiento efectivo para adolescentes con patología conductual, impulsividad y

desregulación emocional. **Objetivos** Conocer si existen diferencias en la respuesta al entrenamiento en habilidades de TDC en adolescentes según hayan precisado o no de ingresos psiquiátricos previos

**Material y métodos** - Valoramos 69 adolescentes que han seguido el programa de entrenamiento en habilidades de TDC en su adaptación para adolescentes - El programa consiste en 16 sesiones, frecuencia semanal y 2h de duración. Se realiza con dos terapeutas y 6-8 adolescentes/grupo. Se abordan las siguientes habilidades: Mindfulness, Tolerancia al malestar, Regulación de las emociones, Efectividad interpersonal y Avanzando por el camino del medio. - Se analizan variables sociodemográficas y clínicas. Los adolescentes completan YSR y CDI, y sus padres CBCL antes y tras finalizar el grupo - Para el estudio estadístico se ha utilizado el SPSS 21.0 para Windows. Pruebas estadísticas: T-Student, Chi cuadrado y Mc Nemar. **Resultados** - 44 adolescentes habían precisado ingresos psiquiátricos previos. No se hallaron diferencias en datos sociodemográficos entre los adolescentes que habían precisado ingresos y los que no. Ambas muestras estaban conformadas por 2/3 de mujeres de edad entre 15-16 años. - Los adolescentes que precisaron ingreso previo fueron derivados al entrenamiento en habilidades en su mayoría por presentar Inestabilidad emocional (38,6%) y en segundo lugar Alteración de conducta (36,4%) mientras que los que no habían precisado hospitalización previa fueron derivados en su mayoría por presentar Alteración de conducta (47,6%). - El grupo de los que habían precisado ingresos presentaba los siguientes diagnósticos en Eje I: Trastorno disocial (34,1%), Depresión (22,7%) y Trastorno de Conducta Alimentaria (20,5%), frente al grupo sin ingresos previos en los cuales los diagnósticos fueron: T. disocial (33,3%) y T. Adaptativo (28,6%). Respecto a diagnóstico en Eje II en el primer grupo presentaban Trastorno de Personalidad el 38,6% y sospecha/aplazado el 31,8% frente a un 19% y 28,6% respectivamente en el grupo sin ingreso previo. Se halló mejoría significativa en el CDI en ambos grupos, pero sin diferencias estadísticamente significativas en los cambios pre y post intervención entre ambos grupos: valores medios pre: 23,66 en los de ingreso previo y 21,47 en no ingreso y valores medios post: 16,80 y 9,50 respectivamente. - En la valoración de CBCL se objetivó una mayor mejoría en sintomatología internalizante en el grupo que no había precisado ingresos psiquiátricos y mejoría semejante en cuanto a la sintomatología externalizante. - En la valor-

ación del YSR no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos: la mejoría en sintomatología internalizante fue mayor en los que no habían precisado ingresos, y en clínica externalizante fue semejante la mejoría en ambos.

**Conclusiones** - El entrenamiento en habilidades de TDC es un tratamiento efectivo para adolescentes que presentan impulsividad y desregulación emocional - Los adolescentes que no han precisado de ingresos psiquiátricos previos presentan una mayor mejoría en síntomas internalizantes. Si bien ello puede deberse a la diferente patología que presentaban. Ambos grupos mejoran en la clínica externalizante. Ambos grupos mejoraron en la clínica afectiva según CDI

#### Referencias

1. Nelson-Gray RO, Keane SP, Hurst RM, Mitchell JT, Warburton JB, Chok JT, Cobb AR. A modified DBT skills training program for oppositional defiant adolescents: promising preliminary findings. *Behaviour Research and Therapy* 2006; 44: 1181-1820. 99
2. Miller A, Rathus J, Linehan MM. *Dialectical Behavior Therapy with suicidal adolescents*. New York, 2007

### LA REINCORPORACIÓN AL COLEGIO ES UN INDICADOR FUNDAMENTAL EN LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN EL HOSPITAL DE DÍA DE ADOLESCENTES.

*Carmen Martínez Cantarero  
 Psiquiatra Infantil HIU Niño Jesús*

**Introducción/antecedentes:** El Hospital de Día de Trastornos de conducta alimentaria (TCA) de adolescentes (HDP) del Hospital Niño Jesús es una estructura intermedia creada en el 2000 con los objetivos de prolongar los cuidados hospitalarios para recuperarse de la desnutrición y estabilizar la conducta y psicopatología alimentaria de los pacientes. En la evolución de las pacientes además de las variables clínicas (peso, psicopatología y mejoría de la conducta alimentaria) contamos

con un indicador primordial: la reincorporación al Colegio lo que posibilita tiempos de estancia alrededor de 6 a 7 semanas, optimizando los recursos en los momentos de crisis social. Uno de los recursos fundamentales es el Aula educativa.

**Hipótesis y Objetivos:** comparar la evolución de las pacientes que han realizado hospitalización parcial en el HDP durante los dos últimos años 2012 y 2013 y su situación de escolaridad. **Material y Métodos:** Se comparan la gravedad, la evolución de la enfermedad y otros indicadores de funcionamiento del HDP como tiempo de estancia y mejora de la situación física y psíquica de las pacientes durante los años 2012 y 2013 con la reincorporación académica.

**Resultados:** 97 % de los pacientes pueden reincorporarse a su colegio habitual. De ellos 60 % aprueban todo, 10 % tuvieron 2 ó 3 suspensos, y el 30 % 4 ó más suspensos.

**Conclusiones:** el Aula educativa del Hospital de Día de TCA posibilita la reincorporación académica siendo un indicador fundamental en su evolución clínica.

### TRASTORNO DE CONDUCTA SECUNDARIO A TRASTORNO DEL VÍNCULO REACTIVO VS ORIGEN SOMÁTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

*José Andrés Sánchez Pérez  
 Ldo en Medicina y Cirugía por la Universidad de Málaga. MIR Psiquiatría en Hospital Universitario de Jaén. Master en Psicoterapia orientado a la Red Pública por la Universidad de Barcelona. Formación básica en Terapia Familia Sistémica*

Objetivo del trabajo es promover la investigación sobre la etiología de síntomas conductuales en población infantil por el riesgo de una precoz hipótesis relacional de los mismos. Varón de diez años que acude al centro de salud mental infantil por trastornos conductuales, terrores nocturnos con síntomas vegetativos y soliloquios asociados. Dado el polimorfismo sintomatológico y la presencia de factores estresantes externos, las orientaciones diagnósticas predominantes han sido de tipo relacional. El paciente en la actualidad ha sido

diagnosticado de un tumor cerebral por el desarrollo de síntomas de focalidad neurológica. A través de la revisión sistemática de la clínica y el análisis de los test proyectivos buscaremos signos que pudieran hacer sospechar organicidad. A pesar del desenlace actual, la existencia de signos de psicopatología relacional materno-filial es evidente, con importancia crucial en la clínica afectivo-emocional presentada. Análisis retrospectivo de los síntomas recogidos en la historia clínica previa e interpretación de los test proyectivos (HTP, Familia, Persona bajo la lluvia). Atendido en Octubre 2013 por presentar “terrores nocturnos con cortejo vegetativo y trastornos conductuales de larga evolución”. Somáticos: vómitos por incontinencia pilórica a los dos meses, bronconeumonías repetición, fisura anal con rectorragia por retención, encopresis por rebosamiento, cefaleas durante tres años asociadas a rabietas y cambios de postura (neurología descarta patología). Sobrepeso. Psicológicos: hiperprotección, elevada ansiedad en la vinculación asociada a las patologías orgánicas y los ingresos, temperamento irritable desde recién nacido. En 2007 atendido por trastornos conductuales, autolesiones ante la frustración e irritabilidad. Enuresis primaria nocturna y encopresis. Trastorno del sueño sin especificar. Abandono del proceso diagnóstico. En 2012 visitado por escasa tolerancia a la frustración, autoagresiones y negativismo a comer. Hiperestesia propioceptiva o sensación molesta con “toda la ropa”. Rivalidad fraterna. Orientación diagnóstica: clínica depresiva, rivalidad fraterna y dificultades en el vínculo primario. Intervención familiar con leve mejoría clínica y abandono del tratamiento. HTP “Casa” -Paredes delgadas: problemas crónicos en el seno familiar, amenazan con posible ruptura. -Chimenea sin humo: escasa comunicación emocional con la familia. -Antropomórfica y dibujo en una dimensión. “EL árbol animado” -Falta de raíces: inseguridad en el terreno emocional. -Ausencia de suelo: inseguridad. -Tronco de una pieza: primitivismo -Unidimensional -Raíces inexistentes -Ramas unidimensionales con tronco unidimensional. “El payaso” -Dientes muy remarcados, signos de agresividad. -Refleja sentimientos de intensa inadecuación y pobre autoconcepto. -Cualidad de la línea recargada El discurso en las historias muestra frecuentes referencias a la inseguridad y al miedo al abandono. Tendencia al enfado y rabia. Test de la familia Desplaza al hermano mediano con el que se intuyen indicios de rivalidad como consta en la historia. No dibuja las orejas de ningún miembro pudiendo indicar sentimientos de

no sentirse escuchado. Test de la persona bajo la lluvia Presencia de fuertes presiones ambientales, sustituye la lluvia por abundante nieve y no usa paraguas ni ropa como defensas. Resultados Existen signos leves de organicidad en la revisión del HTP y en el análisis de la historia.

**Conclusiones:** A pesar de la importancia que tienen los aspectos relacionales en los síntomas del paciente, considero primordial analizar de forma detallada la demanda y su recurrencia, los síntomas, su resistencia al cambio así como las pruebas complementarias; habían síntomas y signos en los proyectivos que podían hacer sospechar en organicidad y así los remarco a lo largo del texto.

#### Referencias

1. Buck. J.N., Warren. W.L. H-T-P (Casa-Árbol-Persona) Manual y Guía de interpretación de la Técnica del Dibujo Proyectivo. TEA ediciones. Villarejo.F, Martínez Lage J.F . <http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2012/xvi06/05/475-486%20Tumores%20cereb.pdf>.

### CLOZAPINA : UNA ALTERNATIVA EFICAZ Y SEGURA EN LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS DE INICIO PRECOZ

*Silvia Montaña Ponsa  
psiquiatra infanto-juvenil*

**INTRODUCCIÓN:** La esquizofrenia de inicio precoz (EOS) es rara pero es más probable que sea severa y resistente al tratamiento. La clozapina (Leponex R) es un fármaco antipsicótico con un perfil clínico particular, que se utiliza desde hace años en el tratamiento de adultos con esquizofrenia resistente. A pesar de los riesgos, sobre todo por la posibilidad de presentar leucopenia y agranulocitosis, diversos estudios indican que puede ser muy útil en pacientes jóvenes con esquizofrenia refractaria al tratamiento.

**OBJECTIVOS:** Presentaremos una revisión de nuestra experiencia en el uso de clozapina en adolescentes, con especial atención a los posibles efectos adversos.

**MATERIAL Y MÉTODOS** La muestra es de 7

pacientes de edades comprendidas entre 12 y 17 años de edad diagnosticados de trastorno psicótico (según criterios DSM-IV-TR), ingresados en el HDA (Hospital de Día de Adolescentes) del Hospital Universitario Mútua de Terrassa y que han recibido tratamiento con dicho fármaco. Las variables estudiadas son edad inicio síntomas, edad inicio tratamiento, nº de fármacos previos ensayados, respuesta síntomas positivos, respuesta síntomas negativos y efectos adversos.

**RESULTADOS** Todos los pacientes mostraron mejoría del cuadro clínico y buena tolerancia hematológica; en 6 casos se produjo sedación, en 3 enuresis y en 4 sialorrea al inicio del tratamiento, y que mejoró con ajuste o fraccionamiento de la dosis. En todos los casos se objetivó aumento de peso.

**CONCLUSIONES** A pesar de los riesgos, diversos estudios indican que puede ser beneficioso en pacientes jóvenes severamente afectados de esquizofrenia refractaria al tratamiento. En nuestra corta serie se confirma esta afirmación.

#### Referencias

1. Systematic review of the efficacy and tolerability of Clozapine in the treatment of youth with early onset schizophrenia. Schneider C1, Corrigan R1, Hayes D1, Kyriakopoulos M1, Frangou S2. *Eur Psychiatry*. 2014 Jan;29(1):1-10. doi: 10.1016/j.eurpsy.2013.08.001. Epub 2013 Oct 9  
Clozapine use in children and adolescents Gogtay N, Rapoport J. *Expert Opin Pharmacother*. 2008 Feb;9(3):459-65. Review. PMID: 18220495 [PubMed - indexed for MEDLINE] (I) "Treatment of early onset schizophrenia: recent trends, challenges and future considerations" Nora S. Vyas and Nitin Gogtay *Front. Psychiatry*, 02 April 2012 | doi: 10.3389/fpsy.2012.00029

### TRASTORNOS MENTALES GRAVES EN UNIDAD DE PSIQUIATRÍA INFANTIL AMBULATORIA EN EL ÁREA DE BARCELONA

Alberto Real Dasi

ESTUDIOS UNIVERSITARIOS -Licenciada en Medicina y Cirugía por la Facultad de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) (1998-

2005). Finalización de los estudios de licenciatura: Curso 2004/2005. -Postgrado de psiquiatría en IES de Barcelona. Cursos del 2007-2009. Realización de trabajo de finalización de postgrado: Análisis comparativo de tres técnicas psicoterapéuticas eficaces en el Trastorno límite de Personalidad. -Programa de doctorado en Psiquiatría y Psicología de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). CATEGORÍA PROFESIONAL ACTUAL Especialista en Psiquiatría desde mayo del 2010 formación vía MIR en el Hospital Universitario de la Vall d'Hebron (Barcelona). Realización de esta formación de los años 2006-2010. Adjunto Servicio Psiquiatría Hospital de les Germanes Hospitalàries de Sant Rafael de Barcelona (Desde Mayo 2010) Adjunto urgencias Servicio Psiquiatría Hospital de Santa Cruz y San Pablo de Barcelona (Junio 2010-Octubre 2010) OTROS ESTUDIOS Postgrado Terapia Grupal Fundació Vidal i Barraquer (2009-2010). Master en Psicogeriatría por la UAB 2010-2012 Profesor asociado Psiquiatría UAB (Unidad docente Vall Hebron) curso 2011-2012

**INTRODUCCIÓN:** Se define por trastorno mental grave (TMG) a aquellas patologías psiquiátricas que por gravedad, intensidad y riesgo de persistencia en la edad adulta presentan riesgo de disfunción personal, familiar, de los aprendizajes o de las relaciones sociales. Desde los planes de salud mental se destaca la necesidad de programas específicos que posibiliten una asistencia precoz, rápida, continuada e interdisciplinaria a este colectivo.

**OBJETIVOS:** Conocer la prevalencia, tratamiento, pronóstico y tipología de los pacientes con TMG. Se realiza un estudio descriptivo de pacientes que reúnen criterios TMG en un Centro de salud Infanto-Juvenil (CSMIJ) en el área de Barcelona en 2013. Se valora el tipo de tratamiento y las diferentes derivaciones al alta.

**METODOLOGÍA:** Registro de los pacientes atendidos en CSMIJ durante un periodo de 12 meses, considerando TMG los siguientes diagnósticos: Trastornos Psicóticos (TPi), trastornos afectivos graves (TAg), trastornos mixto del desarrollo (TMD), autismos (TEA), trastorno disocial (TD) y trastorno límite de personalidad (TLP). Además del diagnóstico se consideraron los siguientes factores: asistencia hospitalaria completa (HC) u hospital de día (HdD), comorbilidad y necesidad/tipo de tratamiento farmacológico. Se valoraron los tipos de las alta del pro-

grama.

**RESULTADOS:** Se registraron un total de 121 pacientes (de 1180) pacientes con TMG (85 varones ,36 mujeres). La distribución por grupos etarios fue la siguiente: - entre los 6 y 11 años: 53 - entre los 12 y 18 años: 68 El tiempo medio de inclusión en el programa fueron 2,7 años. Diagnósticos globales observados: Tpi: 32 TAG: 25 TMD: 32 TEA: 12 TD: 11 TLP: 9 Recibieron tratamiento farmacológico el 73 60,33%. El 80,16% realizaron seguimiento/tratamiento psicológico. El 17 (14%) requirieron asistencia trabajo social. El 10,7 % requirieron ingreso en el último año. (8 en HdD y 5 ingreso en planta) Altas del programa (23): Alta clínica:5 Alta por cambio de domicilio:6 Alta a CSMA:12 Conclusiones: El CSMIJ constituye el entorno primordial en intervención precoz sobre TMG. El TMG mantiene una importante persistencia más allá del periodo infantojuvenil (solo el 21,73% de las altas son clínicas). La elevada frecuencia de problemática funcional y necesidad de tratamiento más intensivo hace necesario un trabajo interdisciplinar.

### ESTUDIO DE CURVAS DE PESO PONDERO ESTADURAL DE PACIENTES INGRESADOS CON ANOREXIA NERVIOSA RESTRINGIDA

*Julia Díaz Fonte*  
*Licenciada en Psicología*

**Introducción.** La recuperación física y nutricional del adolescente con Anorexia Nerviosa es un objetivo principal en el tratamiento de hospitalización. Esto implica un programa protocolizado en el que intervienen diversos profesionales. La curva de recuperación ponderada de peso ilustra con claridad la evolución del paciente.

**Objetivos.** Evaluar si las pacientes adolescentes con Anorexia Nerviosa Restrictiva (ANR) ingresadas en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil, siguiendo un programa de tratamiento intensivo, alcanzan un incremento notable en su índice de masa corporal (IMC) y una recuperación en su curva pondero estatural.

**Metodología.** Se analizan las curvas de 15 pacientes de 12 a 16 años con diagnóstico ANR y con un IMC de dos desviaciones típicas por debajo de la media. La dura-

ción media del tratamiento no es superior a 30 días. Resultados. La recuperación ponderal se hace evidente en la primera semana y se consolida a la siguiente, con una recuperación aproximada de dos desviaciones típicas. Alcanzando una meseta entre la tercera y cuarta semana.

**Conclusiones.** Un programa suficientemente estructurado permite la recuperación ponderal necesaria para conseguir el paso a la segunda fase en un tratamiento ambulatorio.

### REFERENCIAS

1. Fenning S., Fenning S., and Roe D. (2002). Physical recovery in Anorexia Nervosa: is this the sole purpose of a child and adolescent medical-psychiatric unit? *General Hospital Psychiatry*, 24(2): 87- 92.
2. Morandé, G. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. En Tojo R. Tratado de nutrición pediátrica. Dayma 2002, 952-963.
3. Morandé, G. Tratamiento en hospitales de día de los trastornos de la conducta alimentaria. García Camba. Masson Madrid 2001, 265-275.
4. Vandereycken W. (2003) The place of inpatient care in the treatment of Anorexia Nervosa: Questions to be answered. *International Journal of Eating Disorders*, V. 34, N4, Dic 2003, 404-422.

### ALTERACIONES SENSOPERCEPTIVAS, METILFENIDATO Y SÍNDROME DE ALICIA EN EL PAÍS DE LAS MARAVILLAS

*Helena Romero Escobar*  
*Licenciada en Medicina y Cirugía*

**Introducción/antecedentes:** revisión bibliográfica del síndrome de Alicia en el País de las Maravillas y la posible relación de metilfenidato con estas alucinaciones y otras manifestaciones neuropsiquiátricas. Este síndrome se describió en 1955 por Todd, y denota una variedad de perturbaciones del esquema corporal, que pueden coexistir con despersonalización, desrealización y varias ilusiones y trastornos de la percepción del tiempo.

**Hipótesis y Objetivos:** ampliar y actualizar información sobre este síndrome, con especial enfoque en la etiología y la posible asociación con metilfenidato y el

trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

**Material y métodos:** revisión bibliográfica al estilo Vancouver, mediante búsqueda de artículos publicados en Pubmed-Medline, Cochrane, etc. utilizando como palabras clave: Alicia en el País de las Maravillas, metilfenidato, macropsia, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) subtipo combinado.

**Resultados:** el síndrome de Alicia en el País de las Maravillas afecta en la mayoría de casos a sujetos jóvenes, siendo los niños especialmente susceptibles (rango de edad 4-16 años). Suele aparecer de forma aguda, con remisión espontánea (85%), aunque en ocasiones es progresiva (15%). El síntoma predominante son las macropsias y micropsias (90%), seguido de distorsión de los objetos en la forma (85%) y ubicación (80%), alteración de la imagen corporal (45%), aceleración del tiempo (45%) y desrealización (30%). Se ha descrito en el contexto de migrañas, epilepsia, lesiones cerebrales, infecciones víricas y asociado a fármacos y sustancias tóxicas. La evolución suele ser benigna.

**Conclusiones:** el síndrome de Alicia en el País de las Maravillas es un cuadro benigno de etiología incierta. Su aparición obliga a descartar un proceso infeccioso intercurrente. Algunos autores sugieren su asociación con el uso prolongado de psicoestimulantes (metilfenidato), si bien los síntomas alucinatorios suelen resolverse tras la suspensión del fármaco.

#### Referencias esenciales:

1. Losada-Del Pozo R, Cantarín-Extremera V, García-Peñas JJ, Duat-Rodríguez A, López-Marín L, Gutiérrez-Solana LG, Ruiz-Falcó ML. Characteristics and evolution of patients with Alice in Wonderland syndrome. *Rev Neurol.* 2011 Dec 1. 53(11):641-8.
2. S. Aguilera-Albesa, M.E. Yoldi-Petri, T. Molins-Castiella, T. Durá-Travé. Alucinaciones tras la introducción de metilfenidato en dosis bajas. [REV NEUROL 2010;51:254-255] PMID: 20648469 - Correspondencia - Fecha de publicación: 13/08/2010

## ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN TEMÁTICA DE LAS INVESTIGACIONES SOBRE LA FISIOTERAPIA EN EL AUTISMO

*Josep Cornellà Canals*

*Licenciado en Medicina por la Universidad de Navarra (1974). Especializado en Pediatría en el Hospital Clínic de Barcelona (Universitat de Barcelona). Doctor en Medicina por la Universidad de Navarra Màster en Psiquiatria infanto juvenil per la Universitat Autònoma de Barcelona. Diplomado en Psicoterapia del niño y del adolescente por la Asociación Española de Psicoterapia. Diplomado en Trastornos del Espectro Autista por la Universidad de Montpellier.*

**Introducción:** La fisioterapia dispone de diferentes técnicas para incidir en algunas manifestaciones del trastorno del espectro autista (TEA), como la motricidad.

**Objetivo:** Analizar la producción temática de las investigaciones sobre la fisioterapia en el TEA. Material y métodos: El estudio es un análisis bibliométrico para 2009-2013. Las fuentes de información consultadas han sido PubMed y PEDro, utilizando las palabras clave “autism”, “ASDs”, “physiotherapy”, “physical therapy”, “electrotherapy”, “heat”, “exercise”, “hydrotherapy”, “massage” y “relaxation”. Los registros se han limitado a: edad infantil e intervenciones en humanos.

**Resultados:** La población la forman 29 artículos, representando el 0,27% de la producción sobre autismo. La tendencia de la producción es incrementarse, siendo el índice de crecimiento (2009-2013) de 1,3. Las intervenciones de fisioterapia identificadas han sido: ejercicio (41,37%), masaje (17,24%), hidroterapia y electroacupuntura (10,34%), relajación y equinoterapia (6,89%) y manipulación vertebral y terapia computerizada (3,44%).

**Conclusiones:** La utilización de la fisioterapia en el TEA respecto a otras disciplinas es menor(1). La intervención de fisioterapia más investigada es el ejercicio, como sucede con otras patologías. Éste favorecerá el desarrollo psicomotor, sin olvidar el papel del masaje. La masoterapia ayudará a la normalización de los niveles de serotonina, dopamina, noradrenalina, acetilcolina y oxitocina, que influyen en la maduración del SNC y que están alterados en el TEA(2). La mínima producción, junto la falta de mención de la fisioterapia en las guías de práctica clínica, refleja la necesidad de intensificar las competencias del fisioterapeuta dentro del equipo multidisciplinar(3). Los resultados mostrados en

las investigaciones analizadas revelan la necesidad de proseguir con investigaciones, pero con un mayor rigor metodológico.

**Referencias:**

1. Wang L, Mandell DS, Lawer L, Cidav Z, Leslie DL. Healthcare service use and costs for autism spectrum disorder: a comparison between medic-aid and private insurance. *J Autism Dev Disord.* 2013; 43(5):1057-64.
2. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009.
3. Mieres AC, Kirby RS, Armstrong KH, Murphy TK, Grossman L. Autism spectrum disorder: an emerging opportunity for physical therapy. *Pediatr Phys Ther.* 2012; 24(1):31-7.

**TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL EN ADOLESCENTES: EFECTIVIDAD DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SEGÚN SEXO**

*Aída Díaz Cosgaya*

*Licenciada en Medicina y Cirugía. Universidad de Oviedo 2004-2010. Médico Interno Residente de Psiquiatría. Hospital Universitario Basurto. Curso de Especialización en psicopatología y psicoterapia del niño y del adolescente.*

**INTRODUCCIÓN:** La Terapia Dialéctica Conductual (TDC) fue diseñada para el tratamiento de mujeres con Trastorno Límite de la Personalidad, ideación suicida crónica, intentos autolíticos o autolesiones. Demostrada la eficacia de la TDC su aplicación se ha extendido a los adolescentes que presentan problemas de conducta, de relaciones interpersonales, escasa tolerancia al estrés y desregulación emocional.

**OBJETIVOS:** Analizar las características sociodemográficas y clínicas de la población femenina y masculina que acude al grupo de entrenamiento en habilidades. Valorar la respuesta clínica a dicha intervención en función del sexo.

**MATERIAL Y METODOS:** Se estudian 69 adolescentes (45 mujeres y 24 varones) atendidos en el grupo de entrenamiento de habilidades de TDC. Esta intervención consiste en 16 sesiones grupales, de 2h de duración cada una, dos terapeutas y 6-8 pacientes por grupo. Se analizan variables sociodemográficas, antecedentes personales psiquiátricos y familiares, diagnóstico psiquiátrico y evaluación clínica mediante CDI (Children's Depression Inventory), CBCL (Child Behavior Checklist), YSR (Youth Self Report) a la entrada y salida del grupo. Se utiliza el programa SPSS v21 para describir diferencias cuantitativas (T de Student) y cualitativas (Chi cuadrado).

**RESULTADOS:** No existen diferencias significativas entre las poblaciones de varones y mujeres en cuanto a las características sociodemográficas: edad media (V: 15,95 ;M:15,59), convivencia con padres biológicos (V: 54,2% ;M:64,4%), cursan la ESO (V:45,9%; M:51,1%), las derivaciones proceden de hospitalización (V:50,5%; M:33,3%) y consultas externas (V:16,7%; M:28,9%), los motivos son alteraciones de conducta ( V:66,7%; M:26,7%) e inestabilidad emocional (V:16,7%; M:37,7%), existen antecedentes psiquiátricos (V: 83,3%; M:88,9%) y una media de ingreso previa de 1,42 para ambos. Las mujeres presentan puntuaciones medias superiores en CDI tanto al inicio (M:25,51; V:18,60) como al alta (M:20,29; V:8,33). Existiendo superioridad significativa en el porcentaje de las pacientes en rango patológico tanto al inicio (p=0.028) como al alta (p=0.043). La sintomatología internalizante autovalorada (YSR) es más frecuente en las mujeres tanto al inicio (p=0.041) como al final de la intervención (p=0.036) junto con la clínica ansioso depresiva al inicio (p=0.015). Los varones presentan en porcentaje significativamente mayor problemas sociales y de atención tanto al inicio (p=0.007; p= 0.001) como al final de la intervención (p=0.047; p=0.013) en la valoración de CBCL. En la población femenina se han objetivado disminuciones significativas en las puntuaciones de CDI (p=0.049), sintomatología internalizante (p=0.025), externalizante (p=0.018), aislamiento (p= 0.008), ansiedad y depresión (p= 0.042), y problemas de atención (p=0.029) valorada por los padres (CBCL). En YSR disminuye de manera significativa sintomatología internalizante (p=0.027), ansiedad y depresión (p=0.007), pensamientos obsesivos (0.044) y problemas de atención (p=0.012). En la

población masculina las disminuciones significativas detectadas en CBCL son síntomas internalizantes ( $p=0.005$ ), externalizantes ( $p=0.003$ ), aislamiento ( $p=0.005$ ), ansiedad y depresión ( $p=0.007$ ) y comportamiento agresivo ( $p=0.001$ ). Los pacientes reflejan en YSR mejoría en problemas sociales ( $p=0.040$ ).

**CONCLUSIONES:** No existen diferencias entre sexos en cuanto a variables sociodemográficas y antecedentes psiquiátricos personales y familiares. - Las mujeres presentan mayor gravedad en síntomas internalizantes, ansiedad y depresión. Los varones lo hacen en problemas sociales y de atención. - El entrenamiento en habilidades de TDC es eficaz en la mejora de la sintomatología internalizante, externalizante, aislamiento, depresión, ansiedad, obsesividad y atención en población femenina. En varones se objetiva mejoría en síntomas internalizantes, externalizantes y conducta agresiva. - Esta intervención resulta eficaz en un mayor número de síntomas en la población femenina.

#### REFERENCIAS:

1. Miller A, Rathus J, Linehan MM. Dialectical Behavior Therapy with suicidal adolescents. New York, 2007.
2. Nelson-Gray RO, Keane SP, Hurst RM, Mitchell JT, Warburton JB, Chok JT, Cobb AR. A modified DBT skills training program for oppositional defiant adolescents: promising preliminary findings. Behaviour Research and Therapy 2006; 44: 1181-1820. 99.

### CORRELATOS CLÍNICOS Y SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD Y DISREGULACIÓN EMOCIONAL COMÓRBIDA

*Elena Serrano Drozdowskyj*  
 Especialista en Psiquiatría. Doctora en Psiquiatría.

**Introducción:** La presentación clínica de los niños y adolescentes diagnosticados de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) que acuden a las consultas de psiquiatría a menudo presentan cuadros clínicos complejos consistentes en manifestaciones

comórbidas de severa disregulación emocional y conductual. Está en discusión si esta presentación clínica combinada representa un subtipo de TDAH, comorbilidad o la manifestación de otra categoría diagnóstica en desarrollo. Según la literatura, este perfil de disregulación (DP) podría ser además un indicador de mayor riesgo de psicopatología y de peor funcionamiento psicosocial a corto y a largo plazo. Recientemente se ha validado una escala de screening breve, el cuestionario SDQ-Dysregulation Profile (SDQ-DP), que permite detectar los casos de disregulación emocional y conductual severa en el medio clínico.

**Hipótesis:** Los pacientes con TDAH con severa disregulación emocional y conductual comórbidas presentan una mayor gravedad psicopatológica y un peor funcionamiento psicosocial.

**Objetivos:** El objetivo principal del estudio fue determinar la prevalencia del perfil de disregulación en la población de TDAH en el medio clínico y determinar su asociación con un mayor riesgo de psicopatología y peor funcionamiento psicosocial.

**Metodología:** En el estudio se incluyeron 250 niños y adolescentes evaluados y diagnosticados de TDAH en las consultas externas de la Unidad de Psiquiatría infantil y del Adolescente de la Fundación Jiménez Díaz, desde el 1 de marzo de 2010 hasta el 28 de febrero de 2013. El diagnóstico de TDAH (CIE-10) fue realizado por el psiquiatra responsable del caso tras revisar toda la información obtenida: entrevista clínica con los padres y el paciente, información de otras fuentes, las escalas de puntuación (Attention Deficit Hyperactivity Disorder-Rating Scale) y la observación del comportamiento. En la evaluación se incluye además un protocolo común con las siguientes escalas: Cuestionario autoaplicado de antecedentes socio-demográficos, Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas), APGAR Familiar, Children's Global Assessment Scale (CGAS) y Escala de Impresión Clínica Global (Clinical Global Impression, CGI). Análisis estadístico: para cada paciente se calculó la variable de screening de disregulación emocional SDQ-DP. La muestra fue dividida en 2 grupos, aquellos que puntuaban positivo a la medida de screening (TDAH-DP) y los que no (TDAH-No\_DP). Se compararon los grupos según las variables

sociodemográficas, clínicas y de funcionamiento. Se utilizaron los test estadísticos t test y chi cuadrado.

**Resultados:** 70 niños y adolescentes (28%) formaron el grupo TDAH-DP. Comparado con el grupo TDAH-No\_DP, el grupo TDAH-DP obtuvo puntuaciones significativamente más altas en psicopatología internalizante y externalizante, en problemas con compañeros y en problemas totales y significativamente menores en la conducta prosocial ( $p < 0.001$  en todas las medidas). Las puntuaciones de inatención e hiperactividad fueron significativamente más altas en el grupo TDAH-DP respecto al grupo TDAH-No\_DP. Los valores de funcionamiento psicosocial (C-GAS) y de severidad de sintomatología (ICG) fueron significativamente más bajos ( $p < 0.001$ ) para el grupo TDAH-DP comparado con TDAH-No\_DP. Los pacientes del grupo TDAH-DP indicaron un peor funcionamiento familiar que los del grupo TDAH-No\_DP ( $p < 0.001$ ). Ambos grupos no presentaron diferencias estadísticamente significativas en las variables socio-demográficas estudiadas.

**Conclusiones:** Entre los niños y adolescentes diagnosticados con TDAH en el medio clínico existe una elevada prevalencia de pacientes con un perfil de disregulación emocional y conductual. El uso del cuestionario SDQ-DP en la práctica clínica habitual podría ayudar a detectar a los pacientes con TDAH en riesgo de mayor psicopatología y peor funcionamiento global y, por lo tanto mejorar su evaluación y tratamiento. Se necesitan estudios longitudinales que permitan caracterizar la evolución clínica de esta población.

#### Referencias:

1. Dougherty LR, Smith VC, Bufferd SJ, Carlson GA, Stringaris A, Leibenluft E, Klein DN. DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder: correlates and predictors in young children. *Psychol Med*. 2014 Jan 21:1-12.
2. Holtmann M, Becker A, Banaschewski T, Rothenberger A, Roessner V. Psychometric validity of the strengths and difficulties questionnaire-dysregulation profile. *Psychopathology*. 2011;44(1):53-9.

## GUANFACINA XR (GXR) PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH): ESTUDIO FASE 3, ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO CON PLACEBO Y BRAZO ACTIVO DE REFERENCIA

*Amaia Hervás*

*Amaia Hervás es psiquiatra de niños y adolescentes y Directora de la Unidad de Adolescentes del Hospital Universitario Mutua de Terrassa. Se especializó en psiquiatría de adultos en Saint Georges Hospital (Londres) y más tarde en Psiquiatría Infantil y Adolescente en el Instituto de Psiquiatría del Maudsley Hospital (Londres). Sus áreas de investigación clínica son el TDAH y el espectro de desórdenes de autismo. Tiene una serie de publicaciones internacionales en estas áreas.*

**Introducción y objetivos:** GXR es un fármaco agonista selectivo  $\alpha 2A$ -adrenérgico no estimulante para el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) aprobado en EEUU y Canadá. Este estudio realizado en EEUU-Europa, evaluó la eficacia (síntomas-funcionalidad) y la seguridad de la dosis optimizada de GXR vs placebo en niños y adolescentes con TDAH. Se incluyó un brazo de atomoxetina (ATX) como fármaco activo de referencia. Métodos: Se incluyeron pacientes (6-17 años) que fueron aleatorizados a una dosis optimizada de GXR (1-7 mg/día [ $>4$  mg adolescentes]), ATX (10-100 mg/día) o placebo durante 13 semanas. Objetivo principal determinar cambio en la escala ADHD-RS-IV.

**Objetivos secundarios:** determinar cambios en la escala de impresión clínica global –mejoría (CGI-I) y funcionalidad Weiss para padres (WFIRS-P) dominios escuela, aprendizaje y familia. Las evaluaciones de seguridad incluyeron: acontecimientos adversos surgidos tras el tratamiento (TEAEs), electrocardiogramas y signos vitales.

**Resultados:** 272 (80.5%) pacientes aleatorizados completaron el estudio. Se observaron diferencias significativas en los cambios medios en las puntuaciones de los mínimos cuadrados ajustados con placebo

(GXR,  $-8.9$  [ $-11.9, -5.8, p<0.001$ ; ES  $0.76$ ]; ATX,  $-3.8$  [ $-6.8, -0.7, p<0.05$ ;  $0.32$ ]), mejora porcentual vs placebo para CGI-I (GXR:  $23.7$  [ $11.1, 36.4, p<0.001$ ]; dominios aprendizaje y escuela (GXR:  $-0.22$  [ $-0.36, -0.08, p<0.01$ ;  $0.42$ ]; ATX:  $-0.16$  [ $-0.31, -0.02, p<0.05$ ;  $0.32$ ]) y WFIRS-P familia (GXR:  $-0.21$  [ $-0.36, -0.06, p<0.01$ ;  $0.38$ ]; ATX:  $-0.09$  [ $-0.24, 0.06, p>0.05$ ;  $0.16$ ]). Los TEAEs más frecuentes fueron somnolencia, dolor de cabeza y fatiga; solo 8 (7%) fueron severos.

**Discusión:** Consistente con estudios previos, GXR fue eficaz y bien tolerado como tratamiento para el TDAH en niños y adolescentes. Estudio patrocinado por Shire Pharmaceuticals ClinicalTrials.gov (NCT01244490) y EudraCT (2010-018579-12)

### ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y RASGO DEPRESIVO EN LA ADOLESCENCIA

*Araitz Petrizan Aleman*  
 Psicóloga

**Objetivos:** El presente estudio tiene como objetivo estudiar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la sintomatología depresiva de tipo rasgo, durante la adolescencia. Estudiar si existen diferencias entre las estrategias de afrontamiento respecto al diagnóstico.

**Materiales y métodos:** Se valoraron 54 adolescentes (28 chicos y 26 chicas) que realizaban seguimiento en un centro de salud mental infanto-juvenil, con edades comprendidas entre 12-18 años. Diagnosticados de patología internalizante ( $n=21$ ), externalizante ( $n=19$ ) y otros ( $n=14$ ). Estudio observacional y transversal. Fueron evaluados mediante la escala ACS (Escala de afrontamiento para adolescentes) para la valoración de las estrategias de afrontamiento y la escala IDER (inventario de depresión estado-rasgo) para la medición de sintomatología depresiva de tipo rasgo.

**Resultados:** Se correlacionó de forma directa y estadísticamente significativa, la sintomatología depresiva de tipo rasgo con el uso frecuente de las siguientes estrategias de afrontamiento: no-afrontamiento ( $r=0.774$ ;  $p=0.000$ ) y reducción de la tensión ( $r=0.676$ ;  $p=0.000$ ). Los pacientes con patología internalizante presentaron

puntuaciones más elevadas y estadísticamente significativas frente a los pacientes con patología externalizante en el uso de las siguientes estrategias de afrontamiento: autoinculparse ( $T=-2,558$ ;  $p=0.015$ ) y reducción de la tensión ( $T=-2046$ ;  $p=0.048$ ). Conclusiones Según nuestros resultados, la utilización frecuente del no-afrontamiento y la reducción de la tensión como estrategias de afrontamiento está relacionado con la predisposición a presentar un funcionamiento depresivo. La presencia de patología internalizante está relacionada con el uso frecuente de la reducción de la tensión y la autoinculpación, como estrategias de afrontamiento. Trabajar sobre la disminución de la tendencia intropunitiva y fomentar las estrategias de afrontamiento con los adolescentes puede contribuir tanto a la prevención como tratamiento de la sintomatología depresiva.

#### Bibliografía

1. P. Burón, et al. What is the relationship between coping styles and depression in adolescents. *European Psychiatry*, 2013-01-01, 28, 1, (1-1).
2. Michael G, et al. Life events, coping and depressive symptoms among young adolescents a one-year prospective study. *Journal of Affective Disorders*. 2009; 117 (48-54).

### PRUEBAS GENÉTICAS EN TDAH: UTILIDAD CLÍNICA EN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y TRATAMIENTO DE UN CASO RESISTENTE A TRATAMIENTO

*Francisco Ramón Martínez Luna*  
 Ldo. medicina y cirugía (Univ. complutense: 1984-1990).  
 Especialista psiquiatría (MIR. Hosp. Princesa. Madrid. 1994-1997).

**Introducción:** Recientemente se han comercializado diferentes kits diagnósticos para análisis genético en diferentes patologías psiquiátricas. Los test propuestos en TDAH son centro de polémica entre especialistas respecto a su utilidad clínica.

**Objetivos:** Este trabajo muestra la utilidad que supuso el análisis genético en el caso de un adolescente con trastornos de conducta, con síntomas de TDAH, elementos oposicionistas-desafiantes, y rasgos disociales. El paciente no había respondido a diferentes tratamientos

(Metilfenidato, Atomoxetina, Risperidona,...), en parte al rechazo que mostraba hacia la medicación.

**Material y Métodos:** Los datos del caso presentado se recogen de la historia clínica del paciente, llegando al diagnóstico de TDAH, en base a los criterios CIE-10. El test utilizado (Neurofarmagen-TDAH) plantea el estudio de tres aspectos relacionados con la carga genética: la susceptibilidad, farmacocinética en relación con el uso de metilfenidato (MFD) y atomoxetina; y comorbilidad asociada a TDAH. Los genes que se determinaron fueron: DAT1, DRD4, LPHN3, ADRA2A, CYP2D6, CES1, COMPT y OPRM1.

**Resultados:** Los resultados fueron: Genes que predicen la susceptibilidad a presentar TDAH: DAT2, DRD4 y LPHN3: presentes. Genes implicados en farmacocinética: ADRA2A, tendencia a responder a tratamiento de manera estandar; COMPT, mayor posibilidad de respuesta a Metilfenidato (presente); DAT1, mayor posibilidad de respuesta a Metilfenidato (presente); LPHN3, mayor posibilidad de respuesta a Metilfenidato (presente); CYP2D6, implicaba que, al ser metabolizador lento, deben usarse dosis bajas de Atomoxetina (presente); y CES1, respuestas a dosis estandar de Metilfenidato. Genes implicados en comorbilidad: COMPT (Mayor riesgo de Trastornos de Conducta), presente; y OPRM1 (Mayor riesgo de presentar abuso de sustancias), no presente. En base a estos datos, se confirmó el diagnóstico de TDAH, asociado a trastornos de conducta, y se pautó Metilfenidato a dosis de 36 mg/día, con buena tolerancia y adherencia. Se asoció tratamiento con topiramato (50 mg/día) consiguiendo un buen control de las conductas impulsivas.

**Conclusiones:** La utilidad del análisis genético en este caso abre la puerta a su futura utilización en nuevos casos en los que existan dificultades a la hora de hacer diagnóstico diferencial.

#### Referencias:

1. Faraone SV, et al. "Molecular genetics of attention deficit hyperactivity disorder" (2010). Gizer IR et al. "Candidate Gene Studies of ADHD: a meta-analytic review". (2009)

## EL NIÑO INGRESADO POR CAUSA PSICOPATOLÓGICA EN UN HOSPITAL GENERAL

Montserrat Fonoll Alonso  
Psicóloga Clínica

**Introducción:** La población infantil y adolescente con edad inferior a 14 años también presenta psicopatología que precisa de tratamiento intensivo e integral en régimen de hospitalización total. La manifestación de la psicopatología y de la urgencia en los trastornos mentales infantiles es diferente a la presentada en la adolescencia tardía y la edad adulta.

**Objetivo:** Conocer cual es la psicopatología y perfil de los pacientes menores de 14 años que han precisado un ingreso hospitalario por motivo psiquiátrico en el período comprendido entre 2012 y 2013.

**Material y método:** Estudio descriptivo que a través del registro estadístico y datos clínicos del Hospital Materno Infantil (Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil) de Gran Canaria, se obtiene una muestra de 42 pacientes, que corresponden a los ingresos hospitalarios por motivo psicopatológico en el 2012 y 2013. Se analiza: motivo de ingreso, edad, sexo, diagnósticos con criterios CIE 10 al alta y antecedentes psicopatológicos previos.

**Resultados:** El motivo de ingreso hospitalario más frecuente es el de "riesgo autolítico" en un 48% de los casos, seguido por "alteración de conducta grave" en un 21% y "alteración de la conducta alimentaria" en el 19%. El 64% de los pacientes que precisan ingreso son del sexo femenino, la media de edad es 11 años, aunque en el 71% de los casos se encuentran entre 11 y 13 años. El diagnóstico al alta: 52% presentan trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes (F40-F49 según CIE 10), de los cuales el 82% reciben el diagnóstico de reacción a estrés grave y trastornos de adaptación. El 24% trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, no especificado. El 18% trastorno de la conducta alimentaria. El 55% de los casos no cuentan con antecedentes de tratamiento psicológico/psiquiátrico previo.

**Conclusiones:** La hospitalización breve es un eslabón

terciario que forma parte del continuo de atención especializada en psiquiatría infantil, no obstante, los datos indican que en más de la mitad de los casos es su primer contacto con la red de Salud Mental. Por lo que es fundamental conocer la sintomatología aguda que requiere contención hospitalaria y la psicopatología a la que va asociada en ese periodo específico de edad, con objeto de promover mecanismos de prevención y detección más precoz.

#### Referencias:

1. Crespo-Hervas, D. Muñoz Villa, A. (2010). Psicopatología en la clínica pediátrica. España: Ed. Ergon. AEPNYA. Soutullo, C; Mardomingo, MJ. (2010).
2. Manual de psiquiatría del niño y del adolescente. España: Ed. Panamericana. Organización Mundial de la Salud. (1993). Clasificación de trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10). España: Ed. Meditor.

### PROTOCOLO CLÍNICO DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO ENTRE ADOLESCENTES INGRESADOS EN UN CENTRO TERAPÉUTICO DE MENORES

M<sup>a</sup> José Gómez Cancio

2013- Psicóloga clínica en Centro de Atención Especializado de Menores Valle de Cayón (Cantabria). Fundación O'Belén. 2008-2012: Psicóloga interna residente. Hospital de Cabueñes. Servicio de Salud del Principado de Asturias, Área V (Gijón). 2007-2012: Máster en Terapia Familiar acreditado por la Federación española de Terapia Familiar (682h). 2005 Licenciatura en Psicología por la Universidad de Santiago de Compostela.

**INTRODUCCIÓN.** Se presenta un protocolo clínico de prevención del suicidio entre adolescentes ingresados en un Centro Especializado de Menores con trastornos graves de conducta de la Fundación O'Belén y dependiente de los Recursos Especializados del Instituto Cántabro de Servicios Sociales. La presencia de un elevado número de factores de riesgo en esta población junto con las circunstancias específicas de un centro de estas características hacen imprescindible la elaboración, aplicación y evaluación de un protocolo de prevención del suicidio en este contexto. El CAEM Valle de Cayón

cuenta con personal clínico, una psicóloga clínica y una psiquiatra, y personal educativo, lo que facilita la aplicabilidad de un protocolo como el que se presenta.

**OBJETIVOS** - General: valorar el riesgo y prevenir el suicidio de los adolescentes ingresados en un centro de menores, siguiendo las recomendaciones nacionales e internacionales sobre el tema. - Establecer criterios de actuación y medidas a tomar en cada caso, identificando la actuación y nivel de responsabilidad de cada profesional implicado. - Determinar los plazos y condiciones de las mismas. - Especificar criterios de valoración de la eficacia del mismo.

**METODOLOGÍA:** El protocolo de Prevención de Riesgo de Suicidio del CAEM establece: - La activación de la valoración psiquiátrica urgente del riesgo de suicidio en el mismo momento del ingreso, en caso de la activación del mismo por parte del personal educativo - La valoración por personal clínico (psiquiatra/psicóloga clínica) del riesgo entre 0 y 3 días del ingreso. - Una vez valorado el riesgo en tres posibles niveles, se describen las actuaciones previstas en cada uno de los mismos. - Se establecen indicadores de evaluación del protocolo. - Formación continua al personal educativo (talleres semestrales).

**RESULTADOS:** De los menores/jóvenes atendidos en el CAEM durante 2013: • El nº de usuarios clasificados en nivel medio de riesgo fue del 11 % (3 de 27). • El nº de usuarios clasificados en nivel severo de riesgo y enviados a ingreso hospitalario fue del 3,7 % (1 de 27) • Nº de intentos autolíticos: 0 • Nº de muertes: 0 Desde la apertura del CAEM en Febrero de 2009 hasta 31 de Diciembre de 2013 se han atendido a un total de 96 jóvenes, de los cuales: • El nº de usuarios clasificados en nivel severo de riesgo y enviados a ingreso hospitalario fue del 2,083 % (2 de 96). • Entre Febrero y Mayo del 2009 se efectuaron 11 visitas a Urgencias del HUMV para valoración por ideación autolítica

**CONCLUSIONES:** El protocolo de prevención de suicidio que se aplica en el CAEM facilita la coordinación de su equipo multidisciplinar y de los diferentes agentes sociales que intervienen en el desarrollo integral del menor en los contextos sanitario, educativo y familiar. Los resultados obtenidos indican que este protocolo es una herramienta fundamental para la detección precoz de indicadores de riesgo autolítico y para intervenir de

forma eficaz en la prevención de suicidio en el ámbito residencial de menores con trastornos de conducta.

#### REFERENCIAS/BIBLIOGRAFÍA

1. Vitiello B, Brent D, Greenhill L, et al. Depressive symptoms and clinical status during the treatment of adolescent suicide attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48:997–1004
2. Waldrop AE, Hanson RF, Resnick HS. Risk factors for suicidal behavior among a national sample of adolescents: Implications for prevention. *J Trauma Stress*. 2007;20:869–879
3. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D, Zalsman G, Zemishlany Z, Carli V; European Psychiatric Association. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry*. 2012 Feb;27(2):129–41. doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.06.003. Epub 2011 Dec 1. PubMed PMID: 22137775

#### EVENTOS TRAUMÁTICOS RELACION CON TRASTORNOS GENERALES DEL DESARROLLO

*Felipe Bueno Dorado*

*Licenciado en Medicina Residente de medicina en valme de 4 año diplomado en enfermería*

**Introducción:** Caracterizados por alteraciones cualitativas de las interacciones sociales recíprocas y modalidades de comunicación así como por un repertorio de intereses y de actividades restringido, estereotipado y repetitivo. Estas anomalías cualitativas constituyen una característica del funcionamiento del sujeto, en todas las situaciones. Los eventos traumáticos que suceden en la infancia temprana alteran la evolución de normal desarrollo del niño Hipótesis: Los eventos traumáticos que suceden durante el embarazo o las primeras etapas del desarrollo pueden influir en el desarrollo y evolución de dichas enfermedades

**Objetivos:** Describir entre la población infantil vista en consultas durante enero a marzo de 2014 en la provincia de Badajoz y observar la relación que han tenido con eventos traumáticos en la infancia (accidentes, separaciones, duelo, hospitalizaciones) en relación al tipo de

familia( nuclear o desestructurada)

**Diseño:** Realizamos un estudio descriptivo transversal de los niños vistos entre enero y marzo del 2014 en la Unidad de psiquiatría infantil de Badajoz

**Metodología:** Revisión 88 niños valorados en consulta de psiquiatría infantil desde enero hasta marzo del presente año.

**Resultados y conclusiones:** De los 88 niños valorados en consulta, 73,86% fueron chicos 26,14% chicas. 67,04% eran mayores de 12 años. 43,18% fueron diagnosticados de TDAH. 28,40% Trastornos de Conducta, 45,45% del total no tuvieron ningún evento traumático. 23,86% Tu vieron ingresos hospitalarios en la infancia temprana, 14,77% Acudieron a consulta por separaciones de sus padres. 7,95% del total eran adopciones. Más de la mitad 54,54% del Total Presentaron Algún Evento Traumático en la infancia. El ingreso hospitalario por enfermedad/ accidente fue el evento más frecuente. Sufrir un evento traumático en la infancia puede estar relacionado con patologías infantiles posteriores como TDAH y/o Trastornos de Conducta.

#### Referencias:

1. Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry*. 2010;197:378–385.
2. Sarchiapone M, Carli V, Cuomo C, Marchetti M, Roy A. Association between childhood trauma and aggression in male prisoners. *Psychiatry Res*. 2009;165:187–192.

#### VARIABLES PREDICTORAS DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON METILFENIDATO EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

*María Vallejo Valdivielso*

*Médico interno residente de 2º año en la Clínica Universidad da Navarra.*

**Introducción:** El trastorno por déficit de atención/

hiperactividad (TDAH) es una patología del neurodesarrollo caracterizada por la presencia de inatención, hiperactividad e impulsividad, acorde con los criterios del DSM 5. La disregulación de la neurotransmisión noradrenérgica y dopaminérgica está implicada en la fisiopatología del TDAH. A través de las influencias neuromoduladoras de los circuitos fronto-estriato-cerebelosos, la dopamina y noradrenalina desempeñan papeles importantes en las funciones ejecutivas, que se ven alteradas en los pacientes con TDAH. Debido a la gran heterogeneidad de los perfiles neuropsicológicos de los niños con TDAH, así como de la gran variabilidad en la respuesta al tratamiento con metilfenidato (MTF), está surgiendo evidencia de que las diferencias entre los receptores de la dopamina podría dar lugar a diferentes respuestas al MFT, pudiéndose deber a las diferencias en afinidad y densidad de los receptores de dopamina a nivel frontoestriatal.

**Hipótesis y objetivos:** Establecer un protocolo de intervención a nivel clínico basado en variables predictoras de respuesta al tratamiento con metilfenidato para poder optimizar la terapéutica en este tipo de pacientes.

**Material y métodos:** Se diseñó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo que incluyó a niños y adolescentes de edades comprendidas entre los 7 y 18 años, que cumplieran criterios diagnósticos de TDAH según criterios de la DSM 5 sobre la base de la información obtenida durante las entrevistas clínicas con el niño y su familia, de raza caucásica. Quedaron excluidos aquellos pacientes con CI < 80 y patología neurológica. Todos los pacientes fueron evaluados mediante una entrevista clínica con el niño y su familia, escalas cumplimentadas por los padres (ADHDrs), se evaluaron las capacidades cognoscitivas mediante la escala de inteligencia para niños de Weschler (WISC-IV). Para evaluar la atención sostenida y la impulsividad, los niños fueron evaluados mediante el Continuous Performance Task (CPT). A los 3 meses se evaluó a la respuesta al MTF volviéndose a cumplimentar los cuestionarios (ADHDrs). Para la evaluación de la respuesta clínica, se consideró respuesta completa a la disminución de al menos un 30% de las puntuaciones de la escala ADHDrs. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico STATA (análisis de regresión logística).

**Resultados:** En nuestra muestra de 482 pacientes, en relación con el WISC -IV se encontró una correlación negativa entre las puntuaciones del cociente intelectual (CI) manipulativo y la respuesta al tratamiento (OR= 0,93; IC (0,88 a 0,98)). En el CPT se observa una correlación positiva entre la adaptación al cambio en demanda de tarea y la respuesta al metilfenidato (OR=1.04, IC: (1.01 a 01.07)). Los ítems indicativos de inatención en el ADHRrs mostraron una correlación negativa con la respuesta al metilfenidato (OR =0,83, IC (0,76 - 0,91)). Puntuaciones elevadas en los ítems de la ADHDrs “perder cosas” (OR =2,27 IC (1,07-4,81 )), “ dificultad para esperar turno “ (OR= 3,34 IC: (1,37-8,14)), “ pierde los estribos” (OR=3,97 ; IC (1,14-13,75)) y “ se levanta cuando no debe” (OR =2,48 IC:(1,12-5,53)) muestran correlación positiva con la respuesta al tratamiento. Atendiendo a los subtipos clínicos del TDAH, encontramos que los niños de predominio hiperactivo presentan mejor respuesta al tratamiento (OR=2,48; IC (1,26-4,88)).

**Conclusiones:** Puntuaciones elevadas en CI manipulativo, así como la presencia de síntomas de inatención son variables predictoras de mala respuesta al tratamiento con metilfenidato, por el contrario encontramos que el subtipo hiperactivo muestra mejor respuesta al tratamiento. Una mayor adaptación al cambio en demanda de tarea del CPT y la puntuación positiva en determinados ítems del ADHDrs ( “perder cosas”, “levantarse”, “no esperar turno” y “perder los estribos”) son variables predictoras de buena respuesta al tratamiento. La eficacia del metilfenidato es significativa para los síntomas de hiperactividad aunque también mejora los que de inatención, lo cual estaría en relación con el mecanismo de acción del metilfenidato a nivel frontoestriatal.

#### Referencias

1. Kubas HA, Backenson EM, Wilcox G, Piercy JC, Hale JB.: The effects of methylphenidate on cognitive function in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Postgrad Med. 2012 Sep;124(5):33-48.

**EL DERRAME PERICÁRDICO ASOCIADO A ADOLESCENTES CON ANOREXIA NERVIOSA. PREVALENCIA, CURSO CLÍNICO Y FACTORES DE RIESGO.**

*Marta Carulla Roig*  
*Psiquiatra Adjunta. Unidad de Trastornos de la Alimentación (TCA). Hospital Sant Joan de Déu (HSJD)*

**Introducción** Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se asocian a complicaciones cardiovasculares (CV) que provocan elevada morbimortalidad. Las más frecuentes son la bradicardia sinusal y la hipotensión. Las arritmias (por alargamiento del QT o hipopotasemia) y la disfunción ventricular pueden causar inestabilidad hemodinámica y son una causa de muerte súbita. El derrame pericárdico (DP), se asocia a anorexia nerviosa (AN), suele ser un hallazgo en el ecocardiograma (ECO) y se asocia a índices de masa corporal (IMC) inferiores a 14kg/m<sup>2</sup>, constituyendo un criterio de gravedad de la enfermedad.

**Hipótesis y Objetivos:** Determinar la prevalencia (PE) de DP en pacientes con TCA tipo AN que ingresan en una unidad hospitalaria de agudos de psiquiatría (UH) y describir sus manifestaciones clínicas, pronóstico y actitud a seguir.

**Material y métodos:** Se revisaron de forma retrospectiva los 80 casos de TCA (edad 10-17 años) ingresados en la UH durante el año 2013 (30 (37,5%) AN, 45 (56,2%) TCA no especificado y 5 (6,2%) BN). Se analizaron los casos que cumplían criterios DSM-IV-TR de AN y se determinaron parámetros psicopatológicos, nutricionales, cardiovasculares y ecocardiográficos. Se calculó la PE de DP en los pacientes con AN.

**Resultados:** En los 30 pacientes con AN (10-17 años) (Media 13,93; DE: 1.51) predominó el subtipo restrictivo (24/30 (80%)) sobre el subtipo purgativo (6/30 (20%)). La PE de DP fue del 10% (3/30) en AN, y del 3,7% (3/80) en el total de TCA. Los 3 casos con DP fueron mujeres. Todas presentaron bradicardia sinusal e hipotensión; 2 hipoalbuminemia (1severa); 1 hipopotasemia; tipo de derrame: 1 leve (>3-8mm), 2 moderado-severo (>8mm). En el 100% el DP desapareció con la renutrición superior a 500g/semana. El DP se asoció de forma significativa a frecuencias cardiacas (FC) menores (FC mediana 42 lpm versus 70 lpm) (p=0,008); y a IMC menores (13,9 versus 16,25) (p=0,049). No se encontraron diferencias significativas entre los valores de tensión arterial (sistólica (TAS) (p=0,062)); diastólica (TAD) (p=0,166)). El DP

no se asoció a un subtipo de AN (p=0,501). Tampoco se encontraron diferencias en el tiempo de evolución de la enfermedad (p=0,509).

**Conclusiones:** El DP es una complicación CV de la AN con un pronóstico benigno ya que suele ser asintomático, constituyendo un hallazgo en el ECO. No suele requerir pericardiocentesis ni se asocia a taponamiento cardíaco, y mejora con la renutrición. Sin embargo, su presencia constituye un criterio de gravedad, dado que se asocia a IMC muy bajos o pérdidas de >25% de la masa corporal y a mayores complicaciones médicas (bradicardia extrema, hipoalbuminemia) lo que implicaría a la vez, una mayor severidad psicopatológica. De acuerdo con las series publicadas, la hipotensión no predice la presencia de DP.

**Referencias esenciales:**

1. Docx MK et al (2010). Pericardial effusions in adolescent girls with anorexia nervosa: clinical course and risk factors. *Eating Disorders* 18(3)218-225

**EL SÍNDROME DEPRESIVO EN UNA MUESTRA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON SÍNDROME DE RIESGO PARA LA PSICOSIS**

*Marta Rodríguez Pascual*  
*Psiquiatra en el departamento de psiquiatría y psicología del Hospital Sant Joan de Déu. Responsable clínico de un Hospital de Día para adolescentes. Miembro del equipo investigador del Estudio multicéntrico longitudinal sobre características clínicas, cognitivas y de neuroimagen en niños y adolescentes con Síndrome de Riesgo de Psicosis, que realiza el servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Sant Joan de Déu y del Hospital Clínico.*

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de riesgo para la psicosis (PRS) se caracteriza por la presencia de diversos factores que indican una vulnerabilidad para desarrollar un trastorno psicótico. Existen estudios que muestran que un 35% de los que cumplen dichos criterios acaban desarrollando un trastorno psicótico al cabo de 12 meses del inicio de la clínica. Se ha encontrado que los diagnósticos más prevalentes entre estos pacientes son el trastorno de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo.

**OBJETIVOS:** El propósito de este estudio es describir la presencia de trastorno afectivo en una muestra de niños y adolescentes con PRS, a partir de los resultados de la fase preliminar de un estudio longitudinal multicéntrico.

**MÉTODO:** Los datos preliminares se han obtenido de las fases iniciales de un estudio longitudinal multicéntrico sobre características clínicas, cognitivas y de neuroimagen en niños y adolescentes con PRS comparados con una muestra control. Se analizan los datos procedentes del estudio basal. Los criterios de inclusión son: edad comprendida entre 10 y 17 años, uno o más criterios para PRS evaluados mediante la entrevista estructurada para síndromes prodrómicos (SIPS), no diagnóstico de trastorno psicótico o de trastorno del espectro autista y ausencia de enfermedad neurológica o retraso mental. Se han evaluado a los pacientes mediante la escala Kiddie-Sacks, la escala para la depresión de Hamilton (HDRS), la SIPS y la escala de síntomas prodrómicos (SOPS). Se ha llevado a cabo un análisis descriptivo de los datos mediante el programa estadístico SPSS 20.0.

**RESULTADOS:** Se ha incluido una muestra de 46 sujetos con PRS ( $15.2 \pm 1.8$  años, rango: 11-17 años; 39% sexo masculino) y 20 controles sanos ( $15.2 \pm 1.8$  años, rango: 11-17 años; 25% sexo masculino). Un 84% de la muestra con PRS ( $n=30$ ) presenta un diagnóstico DSM-IV. De éstos, el trastorno depresivo está presente en un 60% (18 sujetos). Se ha encontrado mayor puntuación en la HDRS comparado con el grupo control ( $11,61 \pm 6,57$ , indica depresión leve). Se ha obtenido correlación positiva entre los resultados de la HDRS y de la SIPS global ( $p=0,038$ , correlación: 0,357) y la escala de síntomas generales ( $p=0,005$ , correlación: 0,474). No se ha encontrado correlación entre las escalas de síntomas positivos, negativos y de desorganización de la SOPS. Sí se han obtenido correlaciones entre la HDRS e ítems específicos de la SOPS: restricción emocional del yo ( $p=0,005$ ; correlación 0,473), pensamiento empobrecido ( $p=0,014$ ; correlación - 0,423), disforia ( $p= 0,023$ ; correlación 0,388), tolerancia deteriorada al estrés normal ( $p=0,043$ ; correlación 0,349).

**CONCLUSIÓN:** El análisis realizado demuestra que la depresión en una muestra de pacientes con PRS es el diagnóstico más prevalente en el eje I. Además, se han obtenido correlaciones entre los síntomas afectivos y

prodrómicos, por lo que podría ser foco de estudio tanto en los pacientes que terminan desarrollando un trastorno psicótico como en los que no llegan a desarrollarlo.

#### REFERENCIAS:

1. Yung AR, Nelson B, Stanford C, et al. Validation of “prodromal” criteria to detect individuals at ultra high risk of psychosis: 2 year follow-up. *Schizophr Res.* 2008; 105:10-17.
2. Addington J, Cornblatt BA, Cadenhead KS, et al. At Clinical High Risk for Psychosis: Outcome for Nonconverters. *Am J Psychiatry.* 2011; 168(8):800-805.
3. Fusar-Poli P, Bonoldi I, Yung AR, et al. Predicting Psychosis. Meta-analysis of transition outcomes in individuals at High Clinical Risk. *Arch Gen Psychiatry.* 2012; 69(3):220-29.

#### DISFUNCIÓN SOCIAL Y EN EL FUNCIONAMIENTO DE ROL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON SÍNDROME DE ALTO RIESGO PARA PSICOSIS: COMPARACIÓN CON CONTROLES SANOS Y RELACIÓN CON LOS SÍNTOMAS PRODRÓMICOS.

*Olga Puig Navarro*  
 Especialista sénior CSMIJ

**Introducción:** La psicosis conlleva déficits en el funcionamiento que aparecen de forma precoz en el curso de la enfermedad, siendo la base del déficit social y ocupacional posterior (Meyer y cols., 2014, Cornblatt y cols., 2012). A pesar de que la adolescencia implica importantes hitos sociales y académicos (Schizophrenia Commission, 2012) se han realizado pocos estudios de las fases premórbidas o síndrome de alto riesgo para psicosis (SRP) cuando se presenta en niños o adolescentes jóvenes.

**Objetivo:** Estudiar variables de funcionamiento y su relación con la sintomatología prodrómica en una muestra de niños y adolescentes con SRP: (1) comparando el funcionamiento social y de rol con un grupo de controles sanos (CS), (2) analizando las relaciones entre el funcionamiento social y de rol con los

síntomas prodrómicos positivos y negativos.

**Métodos:** Estudio prospectivo longitudinal multicéntrico (servicios de Psiquiatría y Psicología infanto-juveniles del Hospital Clínic y del Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona). MUESTRA: Niños y adolescentes para los que sus progenitores realizan un contacto con los servicios sanitarios de salud mental y que cumplen criterios para el SRP. Se incluyeron 39 sujetos con SRP (edad media:  $15.4 \pm 1.3$  años, 41% chicos) y 20 sujetos CS ( $15.1 \pm 1.3$  años, 25% chicos). Criterios de inclusión: edad entre 10-17 años, criterios de (1) síntomas positivos y/o negativos atenuados durante los 12 meses anteriores, (2) síntomas psicóticos breves e intermitentes, (3) deterioro funcional y antecedentes familiares de primer o segundo grado de esquizofrenia, o deterioro funcional y trastorno esquizotípico. Criterios de exclusión: CI < 70 y/o diagnóstico de trastorno del espectro autista. Para el grupo de controles sanos los criterios de exclusión eran: familiar de primer o segundo grado con un trastorno psicótico, alteraciones neurológicas y/o CI < 70.

**INSTRUMENTOS:** Semistructured Interview for Prodromal Syndromes and Scale of Prodromal Symptoms (SIPS/SOPS), Social y Role Functioning Scales (GF:S y GF:R) (Cornblatt y cols., 2007), entrevista clínica semiestructurada K-SADS y evaluación neurocognitiva. Las escalas GF:S y GF:R son dos medidas de funcionamiento específicamente diseñadas para evaluar el funcionamiento social y de rol durante las fases prodrómicas de la enfermedad. Ambos instrumentos tienen una puntuación de 1 a 10, siendo la puntuación máxima indicativa de un funcionamiento superior. Las puntuaciones hasta 6 indican un funcionamiento pobre o moderadamente pobre (Cornblatt y cols., 2012).

**Resultados:** Los sujetos con SRP y los CS no diferían en edad ( $t=0.76$ ,  $p=0.451$ ) ni en sexo ( $\chi^2=1.48$ ,  $p=0.224$ ). Los sujetos con SRP mostraron menores puntuaciones en funcionamiento social que los CS ( $6.18 \pm 1.37$  y  $8.80 \pm 0.52$ ,  $t=10.52$ ,  $p<0.001$ ) y peor funcionamiento de rol ( $5.29 \pm 1.15$  y  $8.05 \pm 0.69$ ,  $t=11.57$ ,  $p<0.001$ ). Un 61.5% de los sujetos con SRP mostraban un funcionamiento social pobre/moderadamente pobre (CS:0%) y un 89.74% mostraron un funcionamiento de rol pobre/moderadamente pobre (CS:0%). La puntuación GF:S en los sujetos SRP correlacionaba negativamente con las

puntuaciones en la subescala de síntomas negativos de la SOPS ( $r_p = -0.469$ ,  $p=0.021$ ) y con la puntuación total en la SOPS ( $r_p = -0.406$ ,  $p=0.049$ ), controlando por CI, cognición global y el número de diagnósticos clínicos. No se encontraron correlaciones significativas entre el funcionamiento de rol y los síntomas prodrómicos una vez controladas las variables de confusión.

**Conclusiones:** Los niños y adolescentes con SRP mostraron una disfunción social significativa y un deterioro en su funcionamiento de rol. La disfunción social correlacionaba con los síntomas prodrómicos negativos, independientemente de otras variables clínicas y cognitivas. Estos resultados son consistentes con el énfasis creciente en el papel crítico del deterioro funcional en las fases prodrómicas de la psicosis (Meyer y cols., 2014, Cornblatt y cols., 2012) y subrayan la importancia de la intervención precoz.

**Agradecimientos:** ISC-III/FIS-FEDER-CIBERSAM-SGR1119. Referencias Meyer y cols. (2014). The relationship of neurocognition and negative symptoms to social and role functioning over time in individuals at clinical high risk in the first phase of the NAPL study. *Schizophr Bull*;doi:10.1093/schbul/sbt235. Cornblatt y cols. (2007). Preliminary findings for two new measures of social and role functioning in the prodromal phase of schizophrenia. *Schizophr Bull*;33:688-702.

## ATROFIA FRONTAL Y ALTERACIONES DE CONDUCTA EN LA ADOLESCENCIA

Margarita Pascual López  
Especialista en Psiquiatría

**Introducción:** Las enfermedades neurológicas que afectan a la corteza frontal pueden producir sintomatología psiquiátrica. Generalmente procesos de atrofia frontal pueden manifestarse clínicamente como alteraciones de conducta, problemas con la higiene personal, dificultad para desempeñarse en situaciones sociales o interpersonales, aislamiento o falta de empatía. Material y métodos.

**Resultados:** Presentamos el caso de un adolescente de 16 años que ingresa en la Unidad de Hospitalización de Ciudad Real por un episodio de heteroagresividad en

el domicilio. Al parecer desde hace varios años presenta importantes alteraciones de conducta, se muestra irritable, desordena las habitaciones, impidiendo que el resto de la familia las ordene, ha invertido el ritmo de sueño-vigilia y pasa toda la noche jugando con el ordenador. Ha abandonado el instituto y se niega a realizar ninguna actividad. Tiene un único amigo con el que apenas se relaciona. Dentro de su desarrollo evolutivo cabe destacar un parto prematuro a los 8 meses, con bajo peso al nacer, adquisición de los hitos del desarrollo de forma tardía pero dentro de la normalidad y perímetro cefálico más elevado de lo normal sin otra anomalía acompañante. Durante el ingreso se pone de manifiesto una importante rigidez cognitiva, dificultades para flexibilizar sus opiniones, dificultades en la planificación, en la estructuración del espacio y en el aprendizaje verbal. Presenta una escasa tolerancia a la frustración y cierto descontrol de sus impulsos. Se realiza un TAC craneal que muestra una atrofia frontal llamativa para la edad del paciente. En el EEG no se objetivan anomalías epileptiformes. En la exploración neuropsicológica se detecta un déficit cognitivo que afecta a la velocidad de procesamiento, la capacidad atencional, la memoria operativa auditiva, la memoria verbal, visual y las funciones ejecutivas siendo diagnosticado de un síndrome disejecutivo en grado moderado con pobre control de impulsos y baja tolerancia a la frustración.

**Conclusiones:** La atrofia frontal es un hallazgo poco frecuente en la adolescencia, este caso muestra la importancia de la inclusión de trastornos neurológicos en el diagnóstico diferencial de las alteraciones de conducta en adolescentes.

### DIFERENCIAS NEUROCOGNITIVAS ENTRE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON EL SÍNDROME DE RIESGO DE PSICOSIS Y CONTROLES SANOS

*Jordina Tor Fabra*

*Psicóloga. Investigadora en el Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil del Hospital Sant Joan de deu de Barcelona y Fundación Sant Joan de Déu. Estudiante de Doctorado por la Universidad de Barcelona.*

**Introducción:** El Síndrome de Riesgo de Psicosis (SRP), también conocido como Estado de Alto Riesgo

para la psicosis, se caracteriza por la presencia de diversos indicadores clínicos que reflejan una vulnerabilidad de los pacientes para desarrollar un trastorno psicótico. Diversos estudios en la población clínica muestran que entre un 16-35% de los pacientes que cumplen los criterios diagnósticos para la SRP acaban transitando a psicosis pasados 12 meses de seguimiento. Los marcadores cognitivos podrían usarse para incrementar el valor predictivo de los criterios de alto riesgo, convirtiéndose en predictores precoces para el riesgo de desarrollar trastornos psicóticos. Diversos estudios muestran la presencia de déficit cognitivo en pacientes con SRP, en inteligencia general, atención, funcionamiento ejecutivo, fluencia verbal, memoria de trabajo y memoria visual y verbal. La mayoría de los trabajos se realizan en muestras de pacientes jóvenes y adultos, por lo que se precisan datos específicos para población infantojuvenil.

**Objetivos:** Determinar el perfil neurocognitivo de los pacientes con SRP en una muestra de niños y adolescentes para la identificación de predictores específicos de riesgo de psicosis. Metodología: Estudio multicéntrico longitudinal con pacientes SRP (buscadores de ayuda) y controles sanos en población infantojuvenil. Los pacientes que cumplen criterios para SRP se reclutaron desde los servicios de Psiquiatría y Psicología Infanto-juvenil del Hospital Clínic y el Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona).

**Criterios de inclusión:** 1) edad entre 10 y 17 años; 2) presencia de uno a más de los siguientes síntomas de riesgo: a) síntomas psicóticos positivos y/o negativos atenuados en los últimos 12 meses; b) síntomas psicóticos breves i autolimitados; c) tener un familiar de primer o segundo grado con diagnóstico de trastorno psicótico y presentar deterioro del funcionamiento general; d) padecer un trastorno esquizotípico de la personalidad y presentar deterioro del funcionamiento global; 3) CI > 70; 4) no presentar diagnóstico de trastorno psicótico, trastorno del desarrollo ni trastorno neurológico. Para la evaluación de los criterios diagnósticos se administraron la entrevista semiestructurada para los síntomas prodrómicos y la escala para los síntomas prodrómicos (SIPS/SOPS). Para la evaluación del rendimiento cognitivo se utilizó una batería neuropsicológica para evaluar inteligencia general, el aprendizaje y memoria verbal, memoria visual, memoria de trabajo, atención, organización visuoespacial,

velocidad de procesamiento y funciones ejecutivas. Se realizó el mismo procedimiento para la evaluación de los controles sanos. Se analizan los datos de la evaluación cognitiva en el momento basal mediante el paquete estadístico SPSS 19.0 Resultados: Se incluyeron 46 sujetos SRP (edad 15,15; rango 11-17; 39% hombres) y 20 controles sanos (edad 15,03; rango 12-17; 25% hombres). No se hallaron diferencias significativas entre las muestras en sexo y edad. El consumo de cánnabis no altera los resultados encontrados. Los resultados muestran que los sujetos SRP presentan un rendimiento cognitivo significativamente menor en las pruebas específicas de: inteligencia general (ICG  $p=0,025$ ), memoria de trabajo (letras y números  $p<0,001$ ), memoria verbal (test de memoria y aprendizaje, recuerdo de historias) inmediata ( $p<0,001$ ) y demorada ( $p<0,001$ ), memoria visual inmediata (escala de memoria Wechsler  $p=0,008$ ), habilidades visuoespaciales/organización perceptiva (copia Figura compleja de Rey,  $p=0,029$ ), funcionamiento ejecutivo (Trail Making Test B  $p=0,003$ ; FAS  $p=0,001$ ), atención sostenida (CPT, omisiones  $p=0,001$ ; comisiones  $p=0,002$ ) y velocidad de procesamiento (clave de números  $p=0,019$ ). No se hallan diferencias significativas en aprendizaje verbal.

**Conclusiones:** Los sujetos SRP presentan un menor rendimiento cognitivo respecto a los pacientes controles sanos. Se observan puntuaciones significativamente inferiores en inteligencia general, atención, memoria verbal, memoria inmediata visual, memoria de trabajo, capacidades visuoespaciales, velocidad de procesamiento y funcionamiento ejecutivo.

## LOS RIESGOS DE LA IMPULSIVIDAD. A PROPÓSITO DE UN CASO.

*María José Güerre Lobera*

*Psiquiatra infanto juvenil de la Unidad Clínico-Funcional del Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid*

**Introducción:** La impulsividad es el síntoma nuclear del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) más resistente al tratamiento y más relacionado con consumo de sustancias. Nuestro caso ilustra las consecuencias que la impulsividad le ha traído a nuestro adolescente ya desde la etapa escolar y como eso ha ensombrecido notablemente su pronóstico

y evolución.

**Material y métodos:** A través de la exposición del caso realizamos una revisión de las implicaciones, evolución y consecuencias de la impulsividad en el TDAH. La mayoría de los estudios confirman que la clínica del TDAH tiende a disminuir en intensidad con los años, las conductas derivadas de la impulsividad mejorarían en torno a la mitad de la adolescencia y los síntomas relacionados con la falta de atención podrían perdurar en la vida adulta si no se tratan adecuadamente en etapas previas. En nuestro caso las peores repercusiones funcionales del TDAH fueron las relacionadas con impulsividad, tales como fracturas óseas, estallido timpánico o disminución de visión.

**Resultados y conclusiones:** Los estudios resaltan la importancia de una identificación precoz del TDAH, porque el TDAH infantil predice la persistencia del TDAH y síntomas comórbidos en la adolescencia y un riesgo significativo de deterioro funcional y delincuencia juvenil. Un mal control de la impulsividad es factor de peor pronóstico. A pesar de que según algunos estudios los síntomas relacionados con la impulsividad mejoran a lo largo de la adolescencia, la gravedad de algunas de sus consecuencias ocasiona graves perjuicios para el adecuado desarrollo de los pacientes TDAH e importantes pérdidas de oportunidades. En estudios prospectivos de niños y adolescentes TDAH, aunque en pequeño porcentaje, el riesgo de fallecimiento y graves lesiones era mayor que en grupo control, ya que en éste último no se recogían fallecimientos.

### Referencias:

1. Bussing R, et al. Evolución en la adolescencia del trastorno por déficit de atención/ hiperactividad de la infancia, en una muestra comunitaria variada. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2010; 4(2): 57-69.
2. Quintero Gutiérrez del Álamo FJ, Correas Lauffer J y Quintero Lumbreras FJ. *Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad a lo largo de la vida*. 2ª ed. Madrid: ERGON; 2006.

## ESTUDIO PILOTO DE LA ARQUITECTURA DEL SUEÑO EN NIÑOS BIPOLARES Y EN NIÑOS DE ELEVADO RIESGO

Xavier Estrada Prat  
 Psiquiatría

**INTRODUCCIÓN:** En el Trastorno Bipolar (TB) la alteración en algunos parámetros polisomnográficos, especialmente los relacionados con el sueño REM, se han relacionado con el trastorno. La búsqueda de marcadores biológicos es crucial para el diagnóstico de patologías graves y de difícil filiación así como para la detección precoz de los niños de elevado riesgo (TBPER) para su desarrollo. Hipótesis: El grupo TBP presenta una mayor dREM que los grupos TBPER y TDAH. Objetivo del estudio: Estudio del perfil de las variables polisomnográficas en el Trastorno Bipolar Pediátrico (TBP) y en los niños de elevado riesgo. **MÉTODO:** Participantes: De un total de 13 pacientes del CSMIJ Sant Martí de Barcelona (TBP, n= 6; TDAH, n=5; TBPER, n=2) con una edad comprendida entre los 7-18 años (M= 11'92, DT= 3'73). Instrumentos: 1.- Valoración de las variables psicopatológicas: Child Depression Inventory (CDI), Child Mania Rating Scale (CMRS), Young Mania Rating Scale y Young Mania Rating Scale parent's version (YMRS y p-YMRS), Affective Reactivity Index Self and Parents (ARI-S/ARI-P) y State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC) fueron utilizadas para la evaluación del estado de ánimo, la esfera de la ansiedad y la reactividad afectiva. 2.- Valoración del sueño: El Diario del sueño, Algoritmo BEARS y Sleep Disturbance Scale for Children (SDSC). Las variables polisomnográficas evaluadas fueron: Porcentaje Sleep Efficiency (%SE), Porcentajes de N1, N2 y N3 (NoREM) y Porcentaje REM (%REM), densidad REM (dREM), número de REM (numREM) y duración de los REM (R1, R2, R3, R4, R5). Procedimiento: Se utilizó la Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime version (K-SADS-PL) para establecer el diagnóstico y determinar la comorbilidad y la Wechsler Intelligence Scale for Children-Fourth Edition (WISC-IV) para la determinación del CI, excluyéndose a esos niños con valores de CI < 70. Los pacientes TBPER se definieron como aquellos participantes con antecedentes familiares de primer grado de TB y cualquier diagnóstico en el eje I (exceptuando el TBP) o el II según criterios DSM5. Análisis: Se realizaron los descriptivos de la muestra. Se procedió al análisis de comparación de medias para grupos independientes y un análisis post-hoc de los resultados significativos ( $p < 0'05$ ).

**RESULTADOS:** No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos comparados y los distintos parámetros polisomnográficos evaluados. No obstante, la dREM presentó unos valores medios parecidos entre el grupo TBP (M= 0'50, DT= 0'25) y el grupo TBPER (M= 0'53, DT= 0'12) y superiores respecto al grupo TDAH (M= 0'27, DT= 0'15),  $p= 0'18$ . Por otro lado, el %REM presentó unos valores medios parecidos entre el grupo TDAH (M= 17'44, DT= 4'19) y el grupo TBPER (M= 18'95, DT= 0'21) y superiores respecto al grupo TBP (M= 11'51, DT= 4'42),  $p= 0'054$ .

**CONCLUSIONES:** La arquitectura del sueño en los niños TBP, los niños de elevado riesgo para el desarrollo de TBP y los niños TDAH presenta un patrón heterogéneo. De acuerdo con otros estudios, el sueño REM podría jugar un papel importante como marcador biológico para diferenciar el TBP del TDAH y detectar a los niños de elevado riesgo para el desarrollo de TBP.

#### REFERENCIAS:

1. Talbot L. S., Stone S., Gruber J., Hairston I. S., Eidelman P., Harvey A. G. (2012). A test of the bidirectional association between sleep and mood in Bipolar Disorder and Insomnia. *Journal of Abnormal Psychology*, 121 (1), 39-50.

### DIFERENCIAS EN EL ESTILO DE AFRONTAMIENTO Y EL BIENESTAR EMOCIONAL SEGÚN GÉNERO EN FAMILIARES DE ADOLESCENTES CON UN TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN DE INICIO TEMPRANO

Ana Rosa Sepúlveda García  
 Doctora en Psicología

**Introducción:** Actualmente se considera el afrontamiento ante eventos estresantes un aspecto muy relevante del funcionamiento personal (Lazarus, 2000). Algunos tipos de afrontamiento van a favorecer la adaptación de las familias ante problemas, mientras otros van a limitar dicha adaptación, esto podría considerarse un criterio diferencial en el ajuste emocional de los padres en trastornos alimentarios.

**Objetivo:** Evaluar el tipo de afrontamiento y su relación con el bienestar emocional en padres y madres de adolescentes con trastornos de alimentación (TCA), comparando según género.

**Métodos:** Datos basales de un estudio longitudinal de adolescentes con TCA de inicio temprano. 109 madres y padres completaron las escalas: E. de Estilos de Afrontamiento (COPE, Carver et al., 1989; Crespo et al., 2004), STAI (Spilberger, 1970; TEA, 1986) para evaluar ansiedad, y BDI (Beck et al., 1961; Vázquez y Sanz, 1991) para depresión. Se realizaron comparaciones pareadas con Chi-square y t de Student.

**Resultados:** 109 madres: edad media 45,8 (DT=4,1) y 109 padres: edad media 48,5 (DT=5), de una muestra de 109 pacientes: edad media: 14,5 (DT=1,35), IMC: 16,2 (DT=1,8). El estilo de afrontamiento más utilizado por madres fue el afrontamiento activo y por padres la planificación, con diferencias significativas entre ambos padres ( $p > 0,05$ ). Los estilos menos utilizados por ambos fueron consumo de sustancias y humor. En madres: la puntuación media de ansiedad-estado fue 28,9 (DT=10,7), y la ansiedad-rasgo 20,7 (DT=9,4), un 21,3% supera el percentil 99 en ansiedad-estado y un 8% supera el percentil 99 en ansiedad-rasgo. En padres: la puntuación media de ansiedad-estado fue 21,5 (DT=9,5), y la ansiedad-rasgo 16 (DT=7,3), un 10,7% supera el percentil 99 en ansiedad-estado y un 2,4% supera el percentil 99 en ansiedad-rasgo.

**Conclusiones:** Las madres con altos niveles de ansiedad y depresión, utilizaban con mayor frecuencia la supresión de actividades distractoras y la negación como estrategias de afrontamiento a la problemática alimentaria. Los padres utilizaban la desconexión mental ante la misma situación. Agradecimientos: Autores agradecen ayuda proporcionada por: Fundación Alicia Koplowitz y FIS (PI08/1832). Ana R. Sepúlveda tiene beca de Investigadora contratada Ramón y Cajal, Ministerio Economía y Competitividad (RYC-2009-05092).

#### BIBLIOGRAFIA

1. Carver, C., Scheier, M y Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol*, 56(2), 267-283. Crespo, M. y Cruzado, J.A. (1997). La intervención del

afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Anál. Modif. Conduct*, 23(92), 797-832.

#### PENSAMIENTOS Y CONDUCTAS AUTOAGRESIVAS EN ADOLESCENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

*María José Zamorano Ibarra*

*Medico Interno Residente de Psiquiatría de tercer año en la Fundación Jiménez Díaz. Licenciada en Medicina y Cirugía General de la Universidad de Chile*

**INTRODUCCIÓN:** La ideación suicida es frecuente en la población adolescente, donde se presenta en un 4% de los varones y un 9% de las mujeres. La prevalencia de la conducta suicida en adolescentes varía de unos estudios a otros y oscila entre 1-7%. Estudios epidemiológicos indican una prevalencia vida de conducta autolesiva no suicida entre un 13-23% en la población adolescente. Existen pocos datos con relación a las conductas autoagresivas suicidas y no suicidas en adolescentes con TDAH.

**OBJETIVOS:** Determinar la prevalencia de la ideación suicida, conducta suicida y conducta autolesiva entre los adolescentes diagnosticados de TDAH que acuden a servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil.

**MÉTODOS:** Se partió de la población adolescente evaluada en las consultas externas de Psiquiatría Infantil y del Adolescente de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid durante el período comprendido entre el 1 de noviembre de 2011 y el 30 de octubre de 2012. Como criterio de selección se incluyó a todos los pacientes que habían recibido un diagnóstico clínico de TDAH. A todos los participantes se les administró la versión adaptada al español de la entrevista estructurada "Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview" (SITBI) que consta de 169 ítems divididos en cinco módulos que examinan la presencia, frecuencia y características de 6 tipos de conductas / ideas autolesivas: a) Ideación suicida; b) Planes de suicidio; c) Gestos suicidas; d) Intentos de suicidio y e) Pensamientos de Autolesiones y f) Autolesiones.

**RESULTADOS** De una muestra total de 174 pacientes diagnosticados clínicamente de TDHA con una media de edad de 13.8 años (DS: 1.9), de los cuales 125 son varones (71.8%) y 49 mujeres (28.2%), se encontró una prevalencia de un 44.8% (IC 95%: 35.43 – 54.56) de conductas y/o ideas autolesivas suicidas y no suicidas a lo largo de la vida. Al diferenciar el tipo de conducta y/o ideación autolesiva, se encontró que el 13.2 % (IC 95%: 7.91- 21.21) ha presentado ideación suicida, un 0.6% (IC 95%: 0.07 – 4.78) ha planificado un intento autolítico, un 8% (IC 95%: 4.11- 15) ha presentado un gesto autolítico y el 2.9% (IC 95%: 0.97 – 8.31) ha tenido un intento autolítico a lo largo de su vida. El 28.7 % (IC 95%: 20.9-38.4) del total de la muestra ha tenido pensamientos de autolesionarse y un 19.2% (IC 95%: 12.7 – 28.0) de los pacientes encuestados se ha realizado autolesiones sin finalidad autolítica.

**DISCUSIÓN:** La escala SITBI permite evaluar conductas autolesivas y diferenciarlas de los intentos de suicidio propiamente dichos, en los adolescentes con TDAH. La ideación suicida y los pensamientos y conductas autolesivas no suicidas podrían ser problemas prevalentes en esta población en comparación con la población. Se requieren más estudios que confirmen estos hallazgos y puedan determinar los factores clínicos y demográficos asociados a estas conductas de riesgo en los adolescentes con TDAH.

#### REFERENCIAS

1. Nock MK, Joiner TE Jr, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res.* 2006 Sep 30;144(1):65-72. J
2. acobson CM, Gould M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Arch Suicide Res.* 2007;11(2):129-47 A
3. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* Julio 2001; 40 (7 suppl.): 24S-51S.

#### SÍNDROME DE HIKIKOMORI. A PROPÓSITO DE UN CASO.

*Inés García Martín*

*Licenciada en Medicina por la Universidad de Navarra (28/904677). Especialista en Psiquiatría. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Se ha formado como Especialista en Psiquiatría Infantil en la Unidad de Psiquiatría del Niño y Adolescente de la Clínica Universidad de Navarra (Pamplona). Ha trabajado en el Complejo Asistencial de Burgos y en la Unidad de Psiquiatría del Niño y del Adolescente de la Clínica Universidad de Navarra (Pamplona). Tiene una amplia experiencia en el diagnóstico y tratamiento farmacológico y conductual de niños y adolescentes con TDAH, Trastornos del humor, Trastornos de ansiedad y Trastornos de conducta. Ha sido Profesora Clínica Asociada del Departamento de Psiquiatría de la Clínica Universidad de Navarra, y ha impartido clases de Psiquiatría Infantil a los alumnos de Medicina. Ha impartido múltiples conferencias sobre Trastornos Psiquiátricos Infantiles en Congresos y Cursos de Formación para Pediatras y para padres. Ha colaborado en varios proyectos de Investigación sobre eficacia y seguridad de diversos tratamientos farmacológicos del TDAH.*

**INTRODUCCIÓN:** El Síndrome de Hikikomori se caracteriza por la evitación y aislamiento social grave y prolongado, asociado a adicción a nuevas tecnologías. La incidencia y prevalencia es mayor en adolescentes varones con influencia de la cultura japonesa y en familias aglutinadas, con sobreprotección parental y ausencia de límites. Es frecuente que se asocie a otros trastornos comórbidos.

**OBJETIVOS:** Estudiar si la dinámica familiar puede influir en la aparición de este síndrome. Estudiar si el tratamiento multimodal que incluya intervención familiar es más eficaz que el tratamiento farmacológico o tratamiento farmacológico combinado con terapia cognitivo-conductual.

**MÉTODO:** Revisión bibliográfica. En primer lugar en PUBMED y SCIENCEdirect en términos generales (Hikikomori syndrome). Posteriormente en Google Scholar: “Hikikomori”, “Hikikomori Syndrome”. Se documenta con un caso clínico que apoya los hallazgos encontrados en la literatura.

**CASO CLÍNICO Y RESULTADOS:** Historia de la

enfermedad: Adolescente de 15 años y 3 meses. Hijo único. Padres no conviven. Vive con su madre biológica, su abuela y tía maternas. Cursa 3º E.S.O en colegio privado. Presenta absentismo escolar desde hace cuatro meses. No sale a la calle. Emplea su día a día en jugar a videojuegos y en el uso del pc. Duerme por el día y juega por la noche. Solo deja de jugar para comer y dormir. Duerme, en el mismo dormitorio, con su madre. Ella le da de comer. No presenta ningún hábito de higiene. Estudio realizado: Historia Clínica, Escalas administradas a padres y profesores: DU-PAUL, EDAH y SDQ-CAS. Escalas administradas al paciente MASC, CDI, TAMAI, ISRA. Evaluación Neuropsicológica. Tratamiento: Farmacológico: Prozac 20mg 2. Psicoterapia Cognitivo-Conductual individual 3. Psicoeducación para padres que incluyó módulos de intervención en el estilo educativo. Mejoría clínica (objetivada en la entrevista clínica y en una disminución significativa de las puntuaciones elevadas en las escalas). Recuperación del ritmo vigilia-sueño. Disminución notable del número de horas dedicadas al uso de nuevas tecnologías. Inicio de asistencia al centro escolar y reducción de ansiedad social. Cambios en la dinámica familiar.

**CONCLUSIONES:** Es posible que existan factores relacionados con la dinámica familiar (ausencia de límites y sobreprotección familiar) que favorezcan la aparición del Síndrome Hikikomori. La combinación del tratamiento multimodal que incluye tratamiento farmacológico, psicoterapia cognitivo-conductual individual y un módulo específico de Psicoeducación para padres ha mostrado mayor eficacia. Es posible identificar casos del Síndrome Hikikomori en el mundo occidental.

#### REFERENCIAS ESENCIALES

1. Teo, A. R. & Gaw, A. C. (2010). Hikikomori, A japanese culture-bond syndrome of social withdrawal?: A proposal for DSM-V. *Journal of nervous and mental diseases*, 198, 6, 444-449.
2. Tateno, M., Parck, T. W., Kato, T. A., Umene-Nakano, W. & Saito, T. (2012). Hikikomori as a possible clinical term in psychiatry: A questionnaire survey. *Biomed Central Psychiatry*, 12, 169.
3. Koyama, A., Millake, Y., Kawakami, N., Tsuchiya, M., Tachimori, H. & Takeshima, T. (2010). Lifetime prevalence psychiatric comorbidity and demographic correlates of "Hikikomori" in a com-

munity population in Japan. *Psychiatry Research*, 176, 69-74.

4. García-Campallo, J., Alda, M., Sobradie, N. & Sanz, B. (2007). A case report of Hikikomori in Spain. *Medicina Clínica*, 129, 8, 318-319.
5. Malagón, A., Álvaro, P., Córcoles, D., Martín-Lopez, L. M. & Bulbena, A. (2010). Hikikomori: A new diagnosis or a syndrome associated with a psychiatric diagnoses? *International Journal of Social Psychiatry*, 56, 5, 558-559.

#### TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, VEINTE AÑOS DESPUÉS (TCA20): Resultados preliminares del estado psicopatológico.

*Maria Teresa Plana Turró*  
*Psiquiatra*

**Introducción:** En la literatura existen pocos estudios y ninguno en nuestro país que describan el estado psicopatológico, neuropsicológico y médico a muy largo plazo después de haber padecido un trastorno alimentario (Lowe et al, 2001; Wentz et al, 2009). En el año 2010 se nos concedió desde el Instituto de la Mujer una subvención para el estudio de la evolución a largo plazo, y en cada una de estas áreas, de personas que durante su adolescencia (hace aproximadamente unos 20 años) sufrieron algún Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA). El objetivo de la presente comunicación es explicar los resultados de las alteraciones psicopatológicas de la muestra de pacientes y controles evaluados hasta el momento actual.

**Material y Métodos:** Diseño: Estudio transversal de casos y controles. Sujetos: Se llamaron a 79 pacientes diagnosticadas de cualquier TCA y que realizaron tratamiento en el Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-juvenil del Hospital Clínic de Barcelona entre los años 1989-1992. Se localizaron a 45 casos (57%) y 32 de éstas (71%) aceptaron participar y finalizaron la totalidad del estudio. Por el momento se han evaluado a 27 mujeres de este grupo. También se han evaluado 25 controles sanas de similar edad y sexo. Evaluación: A todas las participantes se les realizó una evaluación psicopatológica mediante entrevistas diagnósticas (Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) y Eating Disorder Examination (EDE)), con tal de

determinar la presencia de psicopatología actual o pasada y presencia de alteraciones de la conducta alimentaria en la actualidad, respectivamente. Resultados: Por lo que hace referencia a la muestra de casos, se han detectado 7 pacientes (26%) que mantienen en la actualidad el diagnóstico de algún Trastorno de la Conducta Alimentaria según DSM-IV-TR. Si se compara el diagnóstico de TCA específico en la adolescencia con el actual existe una tasa de migración diagnóstica del 57%, siendo la anorexia nerviosa el diagnóstico más estable. Dentro del grupo que presenta un TCA actual la comorbilidad con al menos otro trastorno mental es muy frecuente (71% de la muestra). Se ha registrado una mortalidad de 1 caso (3,7%), siendo la causa relacionada con la desnutrición secundaria a la anorexia nerviosa. Dentro del grupo de casos que no mantiene en la actualidad criterios diagnósticos para ningún TCA (19 pacientes, 70% de la muestra), hasta un 37% presentan al menos otro diagnóstico psiquiátrico según la entrevista SCID. Existen en este grupo dos casos que presentan una recuperación parcial del trastorno alimentario, manteniendo algunos de los síntomas cognitivos aun no cumpliendo la totalidad de los síntomas para ningún TCA según el DSM-IV-TR. Las puntuaciones en la entrevista EDE son significativamente más elevadas en el grupo de casos con diagnóstico de TCA actual en comparación al grupo que presenta únicamente patología psiquiátrica, los casos de pacientes recuperados y los controles sanos ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** Los resultados clínicos de casi la totalidad de la muestra reclutada indican que alrededor de una cuarta parte de las personas que presentaron un trastorno alimentario, mayoritariamente con el diagnóstico inicial de anorexia nerviosa, hace unos 20 años, mantienen algún diagnóstico de TCA en la actualidad. En este grupo de pacientes existen elevadas tasas de comorbilidad con otra patología psiquiátrica. Dentro del grupo de casos recuperados del TCA la proporción de patología psiquiátrica es mayor que en el grupo control.

#### Bibliografía:

1. Löwe B, Zipfel S, Buchholz C, Dupont Y, Reas DL, Herzog W. Long-term outcome of anorexia nervosa in a prospective 21-year follow-up study. *Psychol Med.* 2001 Jul;31(5):881-90.
2. Wentz E, Gillberg IC, Anckarsäter H, Gillberg C, Råstam M. Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. *Br J Psychiatry.* 2009 Feb;194(2):168-74. doi: 10.1192/bjp.bp.107.048686.

### SITUACIÓN ACTUAL DE UNA PATOLOGÍA FRECUENTE EN LA RED PÚBLICA DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE GRAN CANARIA

*José María Martín Jiménez*

*Médico especialista en Psiquiatría del Programa Infanto-Juvenil de la Red Pública de Salud Mental de Gran Canaria*

**Introducción:** El trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) (CIE 10-F90) es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por la combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado, con notable impulsividad así como una marcada falta de atención y de continuidad de tareas, todo ello en un grado inadecuado al nivel de desarrollo. Este cuadro tiene su comienzo en la infancia, pero sus repercusiones pueden afectar a diversas áreas del sujeto, llegando incluso a influir en la edad adulta. Éste es el trastorno psiquiátrico mejor estudiado en población infanto-juvenil desde los años 70 del siglo pasado, y a pesar de existir gran variabilidad en cuanto a datos sobre su incidencia y prevalencia, no cabe duda de que se trata del problema neuropsiquiátrico más prevalente en este grupo. Tal es su relevancia, que supone hasta el 50% de las consultas en psiquiatría infanto-juvenil, requiriendo el doble de recursos sanitarios que otras patologías. Desde el Programa Infanto-Juvenil de la Red de Salud Mental Pública de Gran Canaria se tiene la sensación de una alta frecuencia de sujetos con diagnóstico de TDAH, así como de un importante consumo de recursos por parte de éstos.

**Objetivos:** Revisión a partir de los datos de los sujetos que son atendidos en las distintas Unidades de Salud Mental (USM's) de la Red Pública del Programa Infanto-Juvenil de Gran Canaria con el diagnóstico del grupo de los F90 (CIE 10), prestando atención a variables demográficas y las características de su atención. Además, comparar estos datos epidemiológicos

y asistenciales entre las diferentes áreas de Gran Canaria y con los presentados en la bibliografía existente.

**Material y métodos:** Se accede a los datos del Registro de Casos Psiquiátricos del pasado año 2012 con diagnósticos incluidos en el grupo F90.XX (CIE-10). Resultados: Se presenta los datos de la prevalencia del TDAH en Gran Canaria, con criterios CIE 10, así como otros aspectos epidemiológicos (presentación según el sexo, por edades), además de las características de la atención de estos pacientes en las distintas USM's y de forma global de la red Red de Salud Mental Pública de Gran Canaria. se asemeja a la presente en diversos estudios, que la estiman en torno 5% de los niños, presentando características sociodemográficas similares a las presentadas En la misma línea, es más frecuente el diagnóstico en sujetos varones. El reparto por edades... Diferencias entre las distintas Unidades... lo cual pudiera estar en relación a múltiples factores (ausencia de profesionales específicos para esta población...) La diferencia de sujetos que están

**Conclusiones:** Es la primera vez que se presentan datos sobre epidemiología del TDAH de la isla de Gran Canaria, y especialmente las características en cuanto su atención en la Red Pública. A pesar de existir aspectos coincidentes con los que aparecen en la bibliografía internacional, existen peculiaridades que nos diferencian. No sólo eso, sino que incluso en la propia Isla existen diferencias notables, que pudieran estar en relación a la idiosincrasia y aspectos culturales de las mismas, así como a los recursos con los que se cuenta en dichas áreas, cuestiones que debieran ser objeto de un estudio específico.

## SÍNTOMAS PSICÓTICOS EN POBLACIÓN INFANTO – JUVENIL: UN RETO DIAGNÓSTICO

Ana De Cós Milas

Licenciada en Medicina (2002). Especialista en Psiquiatría (2007). Facultativo Especialista de Área en Hospital Universitario de Móstoles (Madrid), adscrita al Programa Infanto - Juvenil del Centro de Salud Mental de Móstoles desde Enero 2008. Coordinadora del Equipo Infanto-Juvenil. Cursos Doctorado y DEA Psiquiatría (2007), CursoTerapia de Familia y Pareja (2004-

2008), Curso Psicopatología y Psicoterapia de niños y adolescentes (2008-2011) Especialista Universitario en Psiquiatría Forense (2011), Experto en Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (2011).

**INTRODUCCIÓN:** La tasa de prevalencia de esquizofrenia de inicio prepuberal es baja, con cifras de 1-6 por 10.000, incrementándose a los 18 años hasta 17.6 por 10.000. Sin embargo, las alteraciones senso perceptivas y los trastornos del pensamiento son fenómenos frecuentes, que requieren un cuidadoso diagnóstico diferencial dado que sólo un pequeño porcentaje de casos constituirán un trastorno psicótico. La pericia del clínico, basada en una adecuada anamnesis y exploración psicopatológica, es la mejor herramienta para una orientación diagnóstica certera.

**OBJETIVOS:** Realizar una revisión sobre la aparición de síntomas psicóticos en la infancia y adolescencia, profundizar en la forma de presentación, fenomenología, diagnóstico diferencial, evolución y opciones de abordaje terapéutico. Nuestro objetivo es aportar datos que contribuyan a actualizar la formación de los especialistas en Psiquiatría Infanto – Juvenil.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Realizamos una revisión bibliográfica de los artículos publicados en los últimos 5 años, para actualizar nuestra formación en este tema, junto con los tratados de psiquiatría infantil más relevantes. Para ello utilizaremos las principales plataformas de búsqueda bibliográfica, con especial atención a las publicaciones de mayor impacto científico.

**RESULTADOS:** La presencia de síntomas psicóticos no debe llevarnos al diagnóstico de esquizofrenia como primera opción. Factores como la edad, momento del desarrollo evolutivo, características de estos síntomas, afecto asociado, estabilidad y evolución de los síntomas, rasgos caracteriales, circunstancias vitales y enfermedades médicas asociadas, deben ser tenidos en cuenta para realizar un adecuado diagnóstico diferencial.

**CONCLUSIONES:** Los síntomas psicóticos en población infanto – juvenil plantean un reto diagnóstico, en el que una adecuada formación y pericia por parte del clínico es imprescindible para una buena orientación diagnóstica y terapéutica.

### REFERENCIAS ESENCIALES

1. Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA). Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010.
2. Rutter M, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson J, Taylor E, Thepar A. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. 5ª Ed. Oxford: Blackwell Publishing; 2008. - Sikich L. Diagnosis and evaluation of hallucinations and other psychotic symptoms in children and adolescents. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2013 Oct; 22(4): 655-73.

### ONCE MÓDULOS DE TRATAMIENTO GRUPAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TCA.

*Gonzalo Morandé Lavín*  
*Jefe De Sección De Psiquiatría Y Psicología*

E. Vázquez, A. Villaseñor, G. Morandé Introducción: El tratamiento grupal de los TCA puede ser tan útil como necesario. Mayor potencia al asociar grupo psicoeducativo de padres, plan de vida y grupo psicoterapéutico sucesivos en una mañana. Terapeutas noveles con adecuada supervisión y modelo cognitivo-conductual.

**Material y Métodos:** Once grupos semanales. Duración de Octubre a Junio. Media de sesiones por grupo 30. Evaluación psicométrica al iniciar y finalizar el grupo Seis con terapeutas en formación. Pacientes de 7 a 17 años. TCA y sobrepeso, Anorexias, bulimias, cuadros en curso y atípicos en adolescentes. Dos responsables, un psicólogo supervisor y un psiquiatra consultor. 110 pacientes y sus padres cada semana. Aquellos con bulimia y obesidad inician su tratamiento con el grupo. Los de anorexia como post alta de hospitalización en su mayoría. Sirve como indicación para cuadros debutantes en un menor porcentaje

**Resultados:** Conciencia de grupo tanto en pacientes como en padres. Buena evolución de los cinco grupos de Anorexia y los dos de prepuberales con incorporación a clases, familia y mayor medicación ansiolítica. Sin recaídas. Tres abandonos, dos de ellos de bulimia con ingreso de urgencias. Los dos grupos de bulimia acusan problemas de selección y ciertos problemas de homogeneidad.

### TRANSICIÓN A PSICOSIS EN LOS SEIS PRIMEROS MESES DE SEGUIMIENTO EN UNA MUESTRA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON SÍNDROME DE RIESGO DE PSICOSIS: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS

*Inmaculada Baeza Pertegaz*  
*Psiquiatra. Doctora en Medicina y Cirugía. Coordinadora del programa de Psicosis incipiente de l'Esquerra de l'Eixample*

**Introducción/antecedentes:** El síndrome de riesgo de psicosis (SRP) es un constructo desarrollado en los últimos años para englobar aquellos sujetos con síntomas positivos atenuados u otros criterios clínicos, que estarían en una fase que podría ser prodrómica de una psicosis, dentro de un modelo de estadiaje hacia la psicosis (Mcgorry et al, 2008). Las tasas de conversión a psicosis en estudios prospectivos de SRP la sitúan entre el 18% a los 6 meses y el 36% después de los 36 meses (Fusar-Poli et al, 2012). Los estudios realizados hasta el momento en sujetos con SRP incluyen principalmente mayores de 18 años, pero el umbral de psicosis y los síntomas atenuados podría ser diferente en población menor de 18 años (Arango et al, 2011). En adolescentes se han descrito tasas de conversión a psicosis en los dos estudios longitudinales realizados hasta el momento tasas de 7,1 y 15,6% a los 24 meses de seguimiento (Welshand Tiffin, 2013; Ziermans et al, 2011). Estas tasas son menores que las de adultos, y podría indicar una menor especificidad de los criterios de SRP en adolescentes, por lo que es importante estudiar la población infanto-juvenil con este síndrome.

**Hipótesis y Objetivos:** Comparar en una muestra de sujetos con síndrome de riesgo de psicosis las características de los pacientes que transitan a psicosis respecto a los que no durante el seguimiento a seis meses.

**Material y Métodos:** Dentro de un estudio prospectivo, se evaluaron sujetos que acudían demandando ayuda y que cumplían criterios de SRP en los servicios de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil (Hospital Clínic y Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona).

**Criterios de inclusión :** (Miller et al, 2002; Lencz et

al, 2004; Klosterkötter et al, 2001): 1) Síntomas positivos o negativos atenuados en los 12 meses previos; 2) Síntomas psicóticos breves e intermitentes; 3) Familiar de 1º o 2º grado con trastorno psicótico ó diagnóstico del paciente de Trastorno esquizotípico+ disminución del funcionamiento; edad: 10-17 años. A nivel basal se administró la entrevista/escala “Semitructured Interview for Prodromal Syndromes”/”Scale of Prodromal Symptoms” (SIPS/SOPS) en castellano para la evaluación del riesgo de psicosis. En la SOPS se describen 4 subescalas (síntomas positivos, negativos, desorganización y general) y una puntuación total. Se administró también una batería de escalas clínicas, incluyendo la entrevista diagnóstica Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Present and Lifetime version (K-SADS-PL). La evaluación con la SOPS se repetía cada seis meses y si el paciente presentaba durante el seguimiento una conversión a psicosis se administraba la escala PANSS. Resultados: Se han incluido en el estudio 52 sujetos (15,1±1,7 años, rango: 12-17 años; 40,8% varones). Cinco de ellos (9,6%) han realizado una transición a psicosis en los primeros 6 meses de seguimiento (puntuación media PANSS total: 63,8±13,8). Estos cinco sujetos eran 2 varones (40%), de edad (15,5±0,7 años). Todos tenían antecedentes familiares de psicosis y cumplían criterios de síntomas negativos o positivos atenuados. Los diagnósticos de psicosis fueron: 3 (60%) con trastorno psicótico no especificado y 2 (40%) con trastorno bipolar. Todos los pacientes que transitaron estaban en tratamiento: 3 psicológico-farmacológico y 2 sólo farmacológico. 4 de ellos tomaban un antidepresivo y uno un antipsicótico. Al comparar los síntomas basales de los sujetos que transitaron con los que no, los primeros presentaban diferencias significativas en la puntuación de la subescala de síntomas generales de la SOPS, con una mayor puntuación ( $t=2,308$ ,  $p=0,026$ ), y en el ítem G4 de tolerancia disminuida al estrés normal ( $T=2,312$ ,  $p=0,026$ ).

**Conclusiones:** Un 9,6% de nuestra muestra de sujetos con SRP realizaron una transición a psicosis en 6 meses, menor de la tasa descrita en población adulta (18%). Estos pacientes se diferenciaron en la puntuación del ítem de tolerancia al estrés y en la subescala de síntomas generales de la SOPS de los pacientes que no transitaron, síntomas muy inespecíficos. Se necesita ampliar la mues-

tra y el tiempo de seguimiento para caracterizar mejor a los adolescentes de riesgo que transitarán a una psicosis.

#### Referencias esenciales:

1. Lencz T, Smith CW, Auther A et al. Nonspecific and attenuated negative symptoms in patients at clinical high-risk for schizophrenia. *Schizophr Res.* 2004; 1:68:37-48.
2. McGorry PD, Killackey E, Yung A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry* 2008;7:148-156.
3. Welsh P, Tiffin PA. The “At risk mental state” for psychosis in adolescents: clinical presentation, transition and remission. *Child Psychiatry Hum Dev* 2014;45:90-98.
4. Ziermans TB, Schothorst PF, Sprong M, van Engeland H. Transition and remission in adolescents at ultra high risk for psychosis. *Schizophr Res* 2011;126:58-64.

### SÍNDROME COGNITIVO AFECTIVO CEREBELOSO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

*María Teresa Nascimento Osorio*

*Médico Psiquiatra. Máster en Terapia Breve Estratégica*

**Introducción:** En las últimas décadas se ha constatado que el cerebelo, estudiado, tradicionalmente, como centro de coordinación motora, está también implicado en funciones cognitivas y afectivas. Varios estudios han analizado las manifestaciones clínicas de los trastornos cognitivo-afectivos y los han correlacionando con la neuroanatomía y la neuroimagen funcional cerebelar. El SCAC se caracteriza por la presencia de déficits neuropsicológicos, principalmente dificultades ejecutivas, visoespaciales, trastorno del lenguaje expresivo y clínica psiquiátrica heterogénea (dimensión afectiva, psicótica y del espectro autista)

**Objetivo:** A través de un caso clínico de atrofia de vermis cerebeloso, se decidió realizar una valoración neuropsicológica con el fin de determinar el perfil cognitivo.

**Metodología:** Presentamos el caso de una adolescente de 16 años con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y con atrofia de los surcos vermianos. A los 7 años mostraba inestabilidad emocional,

conductas rígidas e impulsividad por lo que fue valorada por psiquiatría y psicología y diagnosticada de TDAH , iniciando tratamiento con Metilfenidato . Se realizó un electroencefalograma y un cariotipo que fueron normales y estudios psicométricos que mostraban un nivel de inteligencia normal-bajo. A los 10 años se realizó una resonancia nuclear magnética (RNM) que evidenció leve atrofia cerebelosa. En la actualidad presenta dificultades para las relaciones sociales y la interacción social, apatía, anhedonia, dificultades viso-espaciales y un trastorno de aprendizajes afectando sobretodo a la lectura y fluidez del discurso.

**Resultados:** - En el WISC-IV se observa un perfil cognitivo discrepante. Los índices de comprensión verbal , memoria de trabajo y velocidad de procesamiento se sitúan dentro de la normalidad, mientras que el razonamiento perceptivo (RP=64) se sitúa por debajo. A nivel general se aprecia un mejor rendimiento ante material verbal que visual. Se observan dificultades en la codificación y recuperación de información visual . Se objetivan dificultades en la orientación visoespacial , en velocidad ) y atención sostenida (d2 : TOT PC=15. CON PC=20)

**CONCLUSIÓN:** Los resultados obtenidos en la exploración neuropsicológica y la presencia de la afectación de la dimensión afectiva (respuesta emocional reducida) en contexto del hallazgo de atrofia de vermis cerebeloso respaldaría la existencia del Síndrome cognitivo-afectivo cerebeloso (SCAC).

### TRASTORNO BIPOLAR EN LA ADOLESCENCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Carla Falconi Valderrama  
M.I.R Psiquiatría*

**OBJETIVOS:** A partir de este caso clínico, nos proponemos reflexionar acerca de la dificultad en el diagnóstico del trastorno bipolar en población infantil y adolescente, debido principalmente a la comorbilidad que presenta con otros trastornos, y también por su forma de presentación, distinta de la de los adultos en muchos casos. Por otra parte, el caso nos alerta del consumo abusivo de sustancias energizantes como factor desencadenante de episodios afectivos graves en sujetos

predispuestos.

**MÉTODO:** Búsqueda bibliográfica y presentación de un caso de nuestra práctica clínica.

**CASO CLÍNICO:** Adolescente de 17 años de edad que acude a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Algeciras, derivado por USMC por presentar trastorno del comportamiento. En el paciente se observan rasgos clínicos de impulsividad e inestabilidad emocional (episodios de intensa irritabilidad y tristeza) y presencia de un patrón de relaciones interpersonales conflictivas, alteración en la autoimagen, déficit de autoestima, práctica excesiva de deporte y consumo abusivo de sustancias anabolizantes, creatina, bebidas energéticas y cannabis. La impresión diagnóstica inicial apuntaba a rasgos límites de personalidad y trastorno del comportamiento perturbador no especificado. A los 6 meses de seguimiento en USMIJ se precisa ingreso en la USMH por episodio maníaco (disminución de la necesidad de sueño, verborrea, aumento del nivel de energía, grandiosidad, irritabilidad...). Se inicia tratamiento con Abilify y Rivotril y remite sintomatología tras dos semanas.

**CONCLUSIONES:** En el caso clínico se observaron muchas de las cuestiones que se describen en la literatura acerca del trastorno bipolar infanto-juvenil: manifestaciones clínicas diferentes a las presentadas por adultos y comorbilidad con otros trastornos como los relacionados con el consumo de sustancias. El caso también nos avisa de la necesidad de atender al curso clínico para precisar el diagnóstico y de la aparición en la adultez de otros posibles trastornos comórbidos como el TLP.

### BIBLIOGRAFÍA:

1. Chilakamarri J, Filkowski M, Ghaemi S. Misdiagnosis of bipolar disorder in children and adolescents: a comparison with ADHD and major depressive disorder. *Ann Clin Psychiatry*. 2011 Feb; 23(1):25-9

### A PROPÓSITO DE UN CASO: AUTISMO INFANTIL CON ALTERACIONES CONDUCTUALES DISRUPTIVAS ASOCIADAS TRATADAS CON PALIPERIDONA

*Cristina Diago Labrador*  
*MIR 3º Psiquiatría USMIJ Algeciras*

**Introducción / Antecedentes:** Las alteraciones conductuales disruptivas en el Autismo infantil son síntomas frecuentemente asociados. Analizaremos la evolución clínica y tratamiento farmacológico durante diez años de un caso atendido en nuestra Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) derivado con tres años de edad.

**Hipótesis/Objetivos:** Estudiamos la evolución clínica de un paciente de dos años de edad derivado desde Pediatría para estudio. La familia refiere que al inicio de su escolarización en la guardería con dos años, observan que no se relaciona con otros niños, cambia constantemente de juguete y actividad, se muestra agresivo cuando no consigue lo que quiere, se le tiene que llamar varias veces para que responda, muy inquieto.

**Material y métodos:** Recogemos las pruebas utilizadas en el proceso de evaluación /seguimiento: 1. Inventario de Desarrollo Battelle 2. Escala de Valoración de Riviere 3. Tabla de Evaluación de conducta (TEC) 4. Registro de observación de Martín 5. Inventario de espectro autista (IDEA) 6. Habilidades adaptativas (Luckasson et al, 1997) Estudio en Hospital de Día y seguimiento por Psiquiatría y Psicología Clínica. Analizaremos así mismo la respuesta y tolerancia a tratamientos farmacológicos.

**Resultados:** Al cumplir seis años se inicia tratamiento con Riperidona en pauta ascendente para controlar la agresividad y las rabietas que presenta. Se pauta también Metilfenidato para control de la sobreactividad motora, retirado a los días por aumentar la agresividad e inquietud. Con ocho años se prescribe Atomoxetina, se retira por falta de eficacia. Con diez años cambiamos Risperidona por Aripiprazol porque aparece Sd. Metabólico (aumento de peso, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia) Al año siguiente el Aripiprazol se sustituye por Paliperidona ya que el paciente presentaba más alteraciones conductuales disruptivas. Desde entonces la agresividad ha desaparecido y acepta mejor los cambios.

**Conclusiones:** Objetivamos la necesidad de medicación con antipsicóticos atípicos en las alteraciones de conducta disruptivas asociadas en el Autismo Infantil.

Mostramos la Paliperidona como un fármaco eficaz para disminuir la conducta agresiva y la hiperactividad dada la buena respuesta y tolerancia observada en nuestro paciente.

**Referencias esenciales:**

1. Sadock B.y Sadock V. Kaplan & Sadock, Sinopsis de Psiquiatría. Barcelona: Wolters Kluwer; 2008

**NUEVA ESCALA DE MANÍA DE LA CHILD BEHAVIOR CHECKLIST (CBCL-MS): INSTRUMENTO PROMETEDOR DE DETECCIÓN PARA EL TBP**

*Santiago Batlle Vila*

*Psicólogo Clínico especialista. Adjunto clínico servicio de psiquiatría infarto-juvenil del Centro de Salud Mental Infanto Juvenil de Sant Martí - La Mina de Barcelona. Miembro de la Unitat de Trastorn Bipolar Pediatric Litoral de Barcelona*

**Introducción:** En la última década, el trastorno bipolar en edad pediátrica (TBP) ha recibido una mayor atención tanto en investigación como en la práctica clínica (Lofthouse y Fristad, 2004), al asociarse con una morbilidad y mortalidad significativas (Geller y DelBello, 2003). Aún así su identificación temprana sigue suponiendo un reto. En la actualidad la investigación centra sus esfuerzos en la elaboración de una adecuada prueba de cribado del TBP. Entre éstas, y bajo diferentes títulos: CBCL-Pediatric Bipolar Disorder (CBCL-PBD), CBCL-Juvenile Bipolar Disorder (CBCL-JBD), CBCL-Bipolar phenotype, CBCL-Bipolar proxy, y CBCL-Mania proxy; ha recibido especial interés el perfil Ansiedad/depresión, conducta Agresiva y Problemas de Atención de la Child Behavior Checklist (CBCL-AAA) con resultados poco satisfactorios en la identificación de clínica maniforme. Recientemente se ha propuesto la utilización de una nueva escala orientada a criterios incluidos en Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (CBCL-DSM oriented scales), la CBCL-Mania Scale de Papachristou E, y cols., (2013).

**Objetivo:** evaluar la CBCL-MS en la identificación de niños y jóvenes en riesgo de TB comparando su sensibilidad y especificidad con la CBCL-AAA, y realizar

análisis factorial para identificar los factores implicados en la escala.

**Método:** La CBCL-MS, consta de 19 ítems del CBCL que se corresponden directamente a criterios para la manía. Siguiendo el protocolo de acogida de nuestro CMIJ se pasó la CBCL y la Child Mania Rating Scale (Pavuluri MN, Henry DB, Carbray JA, Birmaher B, 2004) a todos los padres o tutores de los niños y adolescentes que asistían en primera visita durante el periodo de enero a diciembre 2012. La muestra está compuesta por 204 sujetos, 78 % varones de edades comprendidas entre 6 y 17 años ( $M = 10,37$ ;  $DT = 3,05$ ). Los sujetos fueron divididos en grupos de riesgo (gR) y no-riesgo (gNR) en función del punto de corte 21 de la CMRS. Se comparó la consistencia interna por medio del alfa de Cronbach y la precisión en la identificación del riesgo de manía por medio de curva ROC (área bajo la curva, AUC) de las escalas CBCL-MS y CBCL-AAA.

**Resultados:** El CBCL-MS tuvo una alta consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,78) y una buena capacidad predictiva ( $AUC = 0,79$ ) en la detección de sujetos con elevado riesgo de sintomatología maniforme identificada por medio de la CMRS; superiores al CBCL-AAA ( $AUC = 0,77$ ). El análisis factorial identifica cinco factores correspondientes a la distracción/desinhibición, conducta extraña, aumento de la libido y problemas de sueño.

**Conclusiones :** Nuestros datos apoyan los resultados obtenidos en el estudio de desarrollo de la CBCL-MS, considerando que es un instrumento de detección prometedor para el TBP. La estructura factorial del CBCL-MS mostró una adecuada identificación de las esferas psicopatológicas principales del TB en la infancia y la adolescencia.

#### Referencias esenciales:

1. Geller, B., & DelBello, M. P. (Eds) (2003). Bipolar disorder in childhood and early adolescence. New York: Guilford Press. Lofthouse, N., & Fristad, M. (2004). Psychosocial interventions for children with early-onset bipolar spectrum disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7, 71-88.
2. Papachristou E, Ormel J, Oldehinkel AJ, Kyriakopoulos M, Reinares M, et al. (2013) Child Be-

havior Checklist—Mania Scale (CBCL-MS): Development and Evaluation of a Population-Based Screening Scale for Bipolar Disorder. *PLoS ONE* 8(8): e69459. doi:10.1371/journal.pone.0069459

3. Pavuluri MN, Henry DB, Carbray JA, Birmaher B (2004) Child Mania Rating Scale (CMRS): development, reliability and validity. *Biol Psychiatry* 55(suppl): 845S

### EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL PARA LA CONDUCTA PERTURBADORA EN NIÑOS.

*Carla Falconi Valderrama*  
*M.I.R Psiquiatría*

**Introducción:** Los procedimientos para promover el autocontrol emocional se basan fundamentalmente en el aprendizaje de estrategias y técnicas útiles para enfrentarse de un modo adaptativo a emociones como la ansiedad y la ira. Los bajos niveles de autocontrol aparecen como un rasgo predominante en diversos trastornos psiquiátricos infantiles de alta prevalencia como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad o el trastorno negativista desafiante

**Objetivo:** Evaluar la evolución de conductas disruptivas tras la implementación de un programa de tratamiento grupal en una muestra de niños diagnosticados de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador.

**Material y Métodos:** La muestra consta de 18 niños pertenecientes a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Algeciras y que participaron en un programa de tratamiento grupal para el autocontrol emocional. Los padres registraron semanalmente, durante el período en el que se desarrolla el programa, la frecuencia e intensidad de las conductas disruptivas de sus hijos en el contexto familiar.

**Resultados:** Tras la aplicación del programa se observa una disminución tanto en la frecuencia como en la intensidad de los comportamientos perturbadores registrados por los padres ( $p \leq 0,05$ ).

**Conclusiones:** En relación a los resultados obtenidos

podemos concluir que el programa de tratamiento resulta eficaz para disminuir el nivel de impulsividad manifiesta, las conductas desafiantes y perturbadoras en general. No obstante para futuras investigaciones sería importante incluir una muestra más amplia, así como medidas con mayor validez ecológica.

**Referencias esenciales:**

1. Musser E, Galloway-Long H, Frick P, Nigg J. Emotion regulation and heterogeneity in attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013 Feb;52(2):163-171.

**INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN UN CENTRO DE ACOGIMIENTO RESIDENCIAL: ANÁLISIS DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS MENORES/JÓVENES INGRESADOS, TIPOS DE INTERVENCIÓN Y COMPARACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LAS PROBLEMÁTICAS PRESENTADAS AL INGRESO Y AL ALTA**

*M<sup>a</sup> José Gómez Cancio*

*Centro terapéutico de menores CAEM de Cayón, Fundación Obelen, Instituto Cántabro de Servicios Sociales*

**Objetivos:** En este trabajo se presenta una descripción del perfil clínico de los adolescentes atendidos en el Centro de Acogimiento Especializado para Menores “Valle de Cayón” de Cantabria que han sido dados de alta a lo largo del año 2013. Asimismo se hace un análisis del tipo de intervención aplicada y de los resultados, comparando los niveles de problemática al ingreso y al alta de los diferentes usuarios. El CAEM Valle de Cayón es un Centro Especializado de Menores con trastornos graves de conducta de la Fundación Internacional O’Belen y dependiente de los Recursos Especializados del Instituto Cántabro de Servicios Sociales.

**Material y métodos:** La muestra incluye a 18 menores/jóvenes que han sido dados de alta en el 2013 en el CAEM Valle de Cayón. Para el estudio se han recogido y se han analizado los siguientes datos: 1.-Diagnósticos de los menores. 2.-Tipos de intervención (farmacológica, terapia individual, terapia familiar...), distinguiendo a su vez los diferentes niveles en la intervención farma-

cológica en función del diagnóstico clínico. 3.-Comparación del grado de problemática al ingreso y al alta: - Estableciéndose 4 categorías (leve, moderada, grave, muy grave) y tomando como indicadores para la valoración: la gravedad de la sintomatología clínica, funcionamiento afectivo/motivacional, grado de autonomía personal, el consumo/dependencia de sustancias tóxicas, participación en actividades formativas o laborales, la vinculación con la familia, habilidades sociales y nivel de integración en grupo de iguales, existencia de problemas legales...

**Resultados:** \*Clasificación en función del diagnóstico: -Trastornos de conducta: 38,89 % (7 de 18). -No diagnóstico clínico: 16,67% (3 de 18). -Trastornos psicóticos: 11,1% (2 de 18). -Trastornos de ansiedad: 11,1 % (2 de 18). -Trastornos afectivos: 5,5% (1 de 18). -Trastorno mixto de la conducta y emociones: 5,5% (1 de 18). -Trastornos de personalidad: 5,5% (1 de 18). -Trastornos generalizados del desarrollo: 5,5% (1 de 18). -Existencia de varios diagnósticos: 55,56% (10 de 18): Dependencia/Consumo perjudicial de tóxicos (38,9%, 7 de 18), Discapacidad intelectual (11,1%, 2 de 18), rasgos de personalidad patológicos (22,2%, 4 de 18). \*Clasificación en función del tipo de intervención: -Todos los usuarios han recibido durante el ingreso intervención terapéutica individual. -72,22% de los menores /jóvenes han seguido un tratamiento farmacológico (de forma ocasional el 33,3% y de forma continuada el 38,89%). -El 83,33% de los casos ha recibido intervención u orientación familiar desde el CAEM. \*Grado de problemática de los casos al ingreso: - Muy grave: 61,11% (11 de los 18 usuarios). -Grave: 27,78% (5 de los 18 usuarios). -Moderada: 11,1% (2 de los 18 usuarios). -Leve: 0% \*Grado de problemática de los casos al alta: -Muy grave: 0% -Grave: 5,55% de los adolescentes (1 de 18) -Moderada: 33,34% de los usuarios (6 de 18) -Leve: 61,12% de los casos (11 de 18)

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Mollejo E. (coord.). Los trastornos mentales graves en la infancia y adolescencia. Asociación Española Neuropsiquiatría, colección Estudios 48. Madrid, 2012. 226 págs. ISBN 978-84-95287-60-1
2. Recomendaciones para la atención a los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia.”



**190**

- Generalitat de Catalunya. 1ª Ed. Febrero 2004.  
ISBN 84- 393- 6306- 0.
3. Michael Houston, M.D. and the the Work Group  
on Healthcare Access and Economics: Principles

of Care for Treatment of Children and Adoles-  
cents with Mental Illnesses in Residential Treat-  
ment Centers, June 2010 © 2010 by the American  
Academy of Child and Adolescent Psychiatry