

revista de psiquiatría

infanto-juvenil

Volumen 30 • Número 2 • 2013

S
U
M
A
R
I
O

**Especial 58º Congreso
AEPNYA - Granada 2013**





ANUNCIO CONCERTA



AEPNYA

Asociación Española de Psiquiatría
del Niño y el Adolescente

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

COMISIÓN DE PUBLICACIONES

Director

Óscar Herreros Rodríguez
(direccion.revista@aepnya.org)

Secretaría

Kristian Naenen Hernani

COMITÉ EDITORIAL

Adolfo de los Santos Sánchez-Barbudo (Sevilla)
Francisco de Sande Díaz (Lanzarote)
Enrique Ortega García (León)
Antonio Pelaz Antolín (Madrid)
Josep Cornellà i Canals (Girona)
José Alfredo Mazaira Castro
(Santiago de Compostela)
Xavier Gastaminza Pérez (Barcelona)
Rafael de Burgos Marín (Córdoba)
Francisco Ruiz Sanz (Palencia)
Belén Rubio Morell (Tenerife)
Josué Monzón Díaz (Tenerife)
Francisco Díaz Atienza (Granada)

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

Secretaría de Redacción

Óscar Herreros Rodríguez
Apartado de Correos 2037
23008 - Jaén
direccion.revista@aepnya.org

Publicación trimestral

Administración, suscripciones y publicidad:

editorial
SELENE

C/Jérez, 21
28231 Las Rozas (Madrid)
Tlf.: (91) 6395965

JUNTA DIRECTIVA DE LA AEPNYA

Presidenta: Josefina Castro Fornieles

Vice-presidenta: María Dolores Mojarro Práxedes

Secretaria: Belén Rubio Morell

Tesorero: José Ángel Alda Diez

Presidenta Comité Científico: Aránzazu
Fernández Rivas

Presidente Comité Publicaciones: Tomás J. Cantó
Diez

Vocales: Óscar Herreros Rodríguez (Medios
electrónicos), María Dolores Moreno Pardillo,
Beatriz Payá González

COMISIÓN DE REDACCIÓN

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

A.Fernández Rivas ... Presidenta

Comisión Científica AEPNYA

T.J. Cantó Díez Vocal AEPNYA

J. Toro i Trallero Miembro Electo
por la AEPNYA

PRESIDENTES DE HONOR DE LA AEPNYA

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

Copyright 2013

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

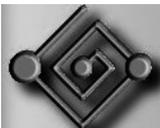
Reservado todos los derechos. Ninguna parte de esta
publicación puede ser reproducida, transmitida en
ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico,
incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier siste-
ma de recuperación de almacenaje de información sin la
autorización por escrito del titular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

Depósito legal: B.41.588-90

ISSN:1130-9512

Registrada como comunicación de soporte válido
30-R-CM

Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil



AEPNYA

Asociación Española de Psiquiatría
del Niño y el Adolescente

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

SUSCRIPCIÓN ANUAL (4 números al año)

IMPORTE

ESPAÑA 90 €
ESTUDIANTES/MIRES 60 €
EXTRANJERO 180 \$

Precios vigentes desde el 1 de enero al 31 de diciembre

ENVIAR BOLETÍN A:

SELENE Editorial
C/ Jeréz, 21
28231 Las Rozas (Madrid)
Tlf.: 91 6395965
email: mpazle@seleneeditorial.com

DIRECCIÓN DE ENVÍO

Nombre y apellidos
Dirección N° Piso
Cód. Postal Población
Provincia Especialidad

FORMA DE PAGO: CHEQUE NOMINATIVO QUE ADJUNTO
 DOMICILIACIÓN BANCARIA

.....

ORDEN DE PAGO, DOMICILIACIÓN BANCARIA

Nombre del titular de la cuenta
Banco C/C N°
Caja de ahorros C/C N°
Sucursal Calle N°
Cód. Postal Población
Provincia Teléfono

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

..... de de

FIRMA DEL TITULAR

INDIQUE CON CLARIDAD SUS DATOS



58 CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE (AEPNYA)

Sede: Parque de las Ciencias de Granada, 16-18 de Mayo de 2013

Comité Organizador	Comité Científico
<p>PRESIDENTE: Francisco Díaz Atienza SECRETARIO: Pablo González Domenech TESORERA: Pilar Blánquez Rodríguez VOCALES: José Ángel Alda Díez Joaquín Díaz Atienza Amable Fernández Marín Carlos García Pablos Oscar Herreros Rodríguez Amparo Martín Romera Beatriz Payá González Mercedes Prados Cuesta</p>	<p>Rafael de Burgos Marín Josefina Castro Fornieles Francisco Díaz Atienza Joaquín Díaz Atienza Aránzazu Fernández Rivas Carlos García Pablos Pablo González Domenech Manuel Gurpegui Fernández de Legaria Óscar Herreros Rodríguez Amparo Martín Romera M^a Jesús Mardomingo Sanz María Dolores Mojarro Práxedes Josep Toro i Trallero</p>
<p>Secretaría Técnica: GESTMARKETING C/ Cádiz, 5, 1ºD. 18003 – GRANADA Email: aepnya2013@gestmarketing.es Teléfono: 617107818</p>	

JUEVES 16 de Mayo de 2013			
9:30-10 h.			
10:30-11 h.			
11:30-12 h.			
12:30-13 h.	INTERVENCIÓN EN PEDAGOGÍA Y COMPETENCIAS ESCOLARES	URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS EN LOS TRASTORNOS MENTALES DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA	INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA PADRES DE NIÑOS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO DEL AUTISMO
13:30-14 h.			
14:30-15 h.	DESCANSO		
15:30-16 h.	LA ENTREVISTA EN NIÑOS QUE HAN SIDO VÍCTIMAS DE ABUSO Y DE MALTRATO. ¿CÓMO EVITAR LA RE-VICTIMACIÓN?	A TraPA: Acciones para el tratamiento de la personalidad en adolescentes. Inestabilidad emocional grave en la adolescencia	INTERVENCIÓN EN COGNICIÓN SOCIAL EN GRUPOS DE NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS
16:30-17 h.			
17:30-18 h.	DESCANSO		
18:30-19 h.	ADOLESCENTES Y SOCIEDAD TECNOLÓGICA AL LÍMITE. ¿PROBLEMAS U OPORTUNIDADES?	CORRELATOS NEUROBIOLÓGICOS Y CLÍNICOS DEL VÍNCULO A LO LARGO DEL DESARROLLO	TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS COGNITIVO-CONDUCTUALES EN LOS ADOLESCENTES CON ALTERACIONES CONDUCTUALES
19:30-20 h.	INAUGURACIÓN Y CONFERENCIA INAUGURAL		
20:30-21 h.			
21:30-22 h.	COPA DE BIENVENIDA		
	TALLERES		
	MESAS REDONDAS		
	CONFERENCIAS		
	COMUNICACIONES ORALES		

JUEVES 16 de Mayo de 2013			
9:30-10 h.			
10:30-11 h.			
11:30-12 h.			
12:30-13 h.	¿TGD O PSICOSIS? CONTINUIDAD VS DISCONTINUIDAD. INTERVENCIÓN PRECOZ EN UN HOSPITAL DE DÍA	URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS EN LOS TRASTORNOS MENTALES DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA	INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA PADRES DE NIÑOS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO DEL AUTISMO
13:30-14 h.			
14:30-15 h.	DESCANSO		
15:30-16 h.	LA ENTREVISTA EN NIÑOS QUE HAN SIDO VÍCTIMAS DE ABUSO Y DE MALTRATO. ¿CÓMO EVITAR LA RE-VICTIMACIÓN?	A TraPA: Acciones para el tratamiento de la personalidad en adolescentes. Inestabilidad emocional grave en la adolescencia	INTERVENCIÓN EN COGNICIÓN SOCIAL EN GRUPOS DE NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS
16:30-17 h.			
17:30-18 h.	DESCANSO		
18:30-19 h.	ADOLESCENTES Y SOCIEDAD TECNOLÓGICA AL LÍMITE. ¿PROBLEMAS U OPORTUNIDADES?	CORRELATOS NEUROBIOLÓGICOS Y CLÍNICOS DEL VÍNCULO A LO LARGO DEL DESARROLLO	TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS COGNITIVO-CONDUCTUALES EN LOS ADOLESCENTES CON ALTERACIONES CONDUCTUALES
19:30-20 h.	INAUGURACIÓN Y CONFERENCIA INAUGURAL		
20:30-21 h.			
21:30-22 h.	COPA DE BIENVENIDA		
	TALLERES		
	MESAS REDONDAS		
	CONFERENCIAS		
	COMUNICACIONES ORALES		

JUEVES 16 de Mayo de 2013			
9:30-10 h.			
10:30-11 h.			
11:30-12 h.			
12:30-13 h.	¿TGD O PSICOSIS? CONTINUIDAD VS DISCONTINUIDAD. INTERVENCIÓN PRECOZ EN UN HOSPITAL DE DÍA	URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS EN LOS TRASTORNOS MENTALES DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA	INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA PADRES DE NIÑOS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO DEL AUTISMO
13:30-14 h.			
14:30-15 h.	DESCANSO		
15:30-16 h.	LA ENTREVISTA EN NIÑOS QUE HAN SIDO VÍCTIMAS DE ABUSO Y DE MALTRATO. ¿CÓMO EVITAR LA RE-VICTIMACIÓN?	A TraPA: Acciones para el tratamiento de la personalidad en adolescentes. Inestabilidad emocional grave en la adolescencia	INTERVENCIÓN EN COGNICIÓN SOCIAL EN GRUPOS DE NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS
16:30-17 h.			
17:30-18 h.	DESCANSO		
18:30-19 h.	ADOLESCENTES Y SOCIEDAD TECNOLÓGICA AL LÍMITE. ¿PROBLEMAS U OPORTUNIDADES?	CORRELATOS NEUROBIOLÓGICOS Y CLÍNICOS DEL VÍNCULO A LO LARGO DEL DESARROLLO	TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS COGNITIVO-CONDUCTUALES EN LOS ADOLESCENTES CON ALTERACIONES CONDUCTUALES
19:30-20 h.	INAUGURACIÓN Y CONFERENCIA INAUGURAL		
20:30-21 h.			



Congreso de la Asociación Española
de Psiquiatría del Niño y Adolescente
AEPNYA 2013

Programa preliminar

Cerebro, crianza y desarrollo
emocional en niños
y adolescentes

GRANADA
Del 16 al 18 Mayo



MÁS INFORMACIÓN AQUÍ
www.granada2013aepnya.es



SEDE:
Parque De Las Ciencias
AVDA. DE LAS CIENCIAS S/N
www.parquedelasciencias.com

ORGANIZA

Unidad de Salud Mental
Infanto-Juvenil del H. Universitario
Virgen de las Nieves Granada



Asociación Española
de Psiquiatría
del Niño y el Adolescente

La Universidad de Granada reconocerán la asistencia al congreso con 2 créditos de libre configuración a los estudiantes del Grado de Medicina y con 1,5 de libre configuración a los estudiantes del Grado de Psicología.





COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente

Francisco Díaz Atienza

Secretario

Pablo González Domenech

Tesorerera

Pilar Blánquez Rodríguez

Vocales

Mercedes Prados Cuesta

Joaquín Díaz Atienza

Oscar Herreros Rodríguez

Carlos García Pablos

Amparo Martín Romera

M^a Amable Fernández Marín

Beatriz Payá González

José Ángel Alda Díez

COMITÉ CIENTÍFICO

Francisco Díaz Atienza

Óscar Herreros Rodríguez

Manuel Gurpegui Fernández de Legaria

Josefina Castro Fornieles

M^a Dolores Mojarro Práxedes

Pablo González Domenech

Joaquín Díaz Atienza

Rafael de Burgos Marín

Aránzazu Fernández Rivas

Carlos García Pablos

Amparo Martín Romera

M^a Jesús Mardomingo Sanz

Josep Toro i Trallero

JUNTA DIRECTIVA de AEPNYA

Presidenta

Josefina Castro Fornieles

Vicepresidenta

María Dolores Mojarro Práxedes

Secretaria

Belén Rubio Morell

Tesorero

José Ángel Alda Díez

Presidenta Comité Científico

Aránzazu Fernández Rivas

Presidente Comité Publicaciones

Tomás J. Cantó Díez

Vocales

Óscar Herreros Rodríguez (Medios electrónicos)

María Dolores Moreno Pardillo

Beatriz Payá González



SECRETARIA CIENTÍFICA

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil
Hospital Universitario Virgen de las Nieves

58º CONGRESO AEPNyA

C/ DR. AZPITARTE S/N

18012 GRANADA

Contacto

958 020 590

631289961

aepnya2013gr@gmail.com

SECRETARÍA TÉCNICA

GESTMARKETING

C/ CÁDIAR, 5, 1º D

18003 GRANADA

Contacto

958 270 516

aepnya2013@gestmarketing.es



Estimados compañeros/as,

Durante los días 16, 17 y 18 de mayo del 2013, se celebrará en el Parque de las Ciencias de Granada el 58º Congreso de la Asociación Española de psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNyA). Un año más, los profesionales de la Salud Mental del Niño y del Adolescente nos vamos a reunir, en este foro de debate profesional, de investigación y de intercambio.

El tema del congreso es: “**Cerebro, Crianza y Desarrollo Emocional en Niños y Adolescentes**”. Se van a tratar aspectos emocionales, neurobiológicos y ambientales en un intento de que la oferta resulte interesante para todos los profesionales que trabajan en el área de la infancia y adolescencia.

Os invitamos a colaborar y participar activamente en las mesas redondas, talleres, póster y comunicaciones orales que se desarrollarán a lo largo del congreso. Vuestras sugerencias serán bien recibidas.

El Congreso se celebrará, por primera vez, en Granada, ciudad bella, acogedora y lugar idóneo para un encuentro fructífero, al menos esa es nuestra ilusión y nuestro compromiso.

Saludos cordiales.

Francisco Díaz-Atienza
Presidente del Comité Organizador



HORA	Jueves 16 de Mayo de 2013			Viernes 17 de Mayo de 2013			
08.30							
09.00				RECOGIDA DE DOCUMENTACIÓN	COMUNICACIONES ORALES (12)	M. REDONDA 1 ¿Qué tal duermen los niños con...?	
09.30							
10.00							
10.30					CONFERENCIA		
11.00							
11.30					DESCANSO		
12.00	RECOGIDA DE DOCUMENTACIÓN	TALLER 1 La psiquiatría infantil en ubicaciones no psiquiátricas: programa de intervención en pediatría y centros escolares	TALLER 2 Urgencias y hospitalización de agudos en los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia		TALLER 3 Intervención psicoeducativa para padres de niños con trastornos del espectro del autismo	COMUNICACIONES ORALES (12)	M. REDONDA 2 Paidopsiquiatría Paidopsiquiatría mática en ne... interconsulta... neona...
12.30							
13.00							
13.30					CONFERENCIA		
14.00		DESCANSO					
14.30					COMIDA		
15.00							
15.30	TALLER 4 La entrevista en niños que han sido víctimas de abuso y de maltrato ¿Cómo evitar la re-victimización?	TALLER 5 Atrapa: Acciones para el tratamiento de la personalidad en adolescentes. Inestabilidad emocional grave en la adolescencia	TALLER 6 Intervención en cognición social en grupos de niños de 7 a 12 años	M. REDONDA 5 Síndrome de alienación parental (SAP): La clínica que se le pasa al clínico			M. REDONDA 4 Usos terapéuticos en psiquiatría
16.00							
16.30							
17.00				DESCANSO			
17.30	M. REDONDA 1 Adolescentes y sociedad tecnológica al límite ¿problemas u oportunidades?	M. REDONDA 2 Correlatos neurobiológicos y clínicos del vínculo a lo largo del desarrollo	M. REDONDA 3 Tratamientos psicológicos cognitivo-conductuales en los adolescentes con alteraciones conductuales				
18.00							
18.30							
19.00	INAUGURACIÓN Y CONFERENCIA INAUGURAL			ASAMBLEA GENERAL			
19.30							
20.00							
20.30							
21.30	COPA DE BIENVENIDA Carmen de los Mártires			CENA DE BIENVENIDA			



Mayo de 2013		Sabado 18 de Mayo de 2013			HORA	
					08.30	
REDONDA 1 ¿Cómo se maneja tu paciente con TDAH?	M. REDONDA 2 DSM 5. Cómo afectan sus cambios a la psiquiatría del niño y del adolescente	R. DOCUMENTACIÓN	M. REDONDA 1 Conducta autolesiva suicida y no suicida en adolescentes evaluados en medios clínicos ¿Una realidad emergente?	M. REDONDA 2 Bases neurobiológicas y psicosociales de los trastornos por uso de sustancias en la adolescencia	M. REDONDA 3 Discapacidad intelectual, autismo y otros trastornos mentales	09.00
						09.30
						10.00
CONFERENCIA			M. REDONDA 4 Prevención y promoción de salud mental en la adolescencia	M. REDONDA 5 Trauma y desarrollo emocional en los primeros años de vida	M. REDONDA 6 Características psicopatológicas en niños y adolescentes hijos de pacientes con esquizofrenia o trastorno bipolar	10.30
						11.00
						11.30
REDONDA 3 Psiquiatría perinatal: psiquiatría psicosomatología (La psiquiatría en obstetricia)	M. REDONDA 4 Más allá del DSM 5: Nuevas patologías emocionales en niños y adolescentes	DESCANSO			12.00	
		CONFERENCIA DE CLAUSURA			12.30	
					13.00	
CONFERENCIA		ENTREGA DE PREMIOS Y CLAUSURA			13.30	
					14.00	
					14.30	
					15.00	
					15.30	
					16.00	
REDONDA 6 Estrategias de juego y tácticas del ajedrez en el niño y el adolescente	M. REDONDA 7 Efectos secundarios: sin miedo y con cabeza				16.30	
					17.00	
					17.30	
					18.00	
					18.30	
CONFERENCIA GENERAL DE AEPNYA					19.00	
					19.30	
					20.00	
					20.30	
CONFERENCIA DE GALA					21.30	

12.30 a 14.00 h

TALLERES

1. LA PSIQUIATRÍA INFANTIL EN UBICACIONES NO PSIQUIÁTRICAS: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN PEDIATRÍA Y CENTROS ESCOLARES

Guadalupe Guzmán Álvarez, M^a Inmaculada Romera Gutiérrez

USMC Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

M^a José Rodado

Unidad de Adolescentes del Hospital de Orihuela. Alicante

2. URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS EN LOS TRASTORNOS MENTALES DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

José Luis Pedreira Massa, Gonzalo Morandé Lavin

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid

3. INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA PADRES DE NIÑOS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO DEL AUTISMO

Luisa M^a Sánchez Gil, José Manuel Perea Baena, Isabel Hernández Otero

USMI-J Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

14.00 a 15.30 h

DESCANSO

15.30 a 17.00 h

TALLERES

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

Josep Cornellà i Canals, Josep Ramón Juárez López

Universidad de Girona

Manuel Jesús Dolz Lago

Tribunal Supremo (Madrid)

5. ATRAPA: ACCIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES. INESTABILIDAD EMOCIONAL GRAVE EN LA ADOLESCENCIA

Carlos Delgado Lacosta, Laura Díaz, M^a Begoña Cerón Gil

Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid

6. INTERVENCIÓN EN COGNICIÓN SOCIAL EN GRUPOS DE NIÑOS DE 7 A 12 A.

Ángela Hagemeyer, Marta García Giralt, Eduard Bayarri

Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-juvenil, Hospital Clínic de Barcelona

17.00 a 17.30 h

DESCANSO



Jueves 16 de Mayo de 2013

17.30 a 19.00 h

MESAS REDONDAS

1. ADOLESCENTES Y SOCIEDAD TECNOLÓGICA AL LÍMITE: ¿PROBLEMAS U OPORTUNIDADES?

MODERADOR

Juan Francisco García Masegosa

Médico de Atención Primaria. Huércal Overa. Almería

◦ El cerebro y tecnoadicción en adolescentes

Andrés Fontalba Navas

Unidad de Salud Mental Comunitaria. Huércal Overa. Almería

◦ Activos en salud: Adolescentes saludables

Magdalena Bonillo

UGC Salud Mental Almería Norte

◦ La experiencia de hablar en positivo

Macarena Marín Olalla

UGC Salud Mental Almería Norte

2. CORRELATOS NEUROBIOLÓGICOS Y CLÍNICOS DEL VÍNCULO A LO LARGO DEL DESARROLLO

MODERADORA

Montserrat Graell Berna

Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid

◦ El proceso vincular a la luz de la teoría de la mente

José Luis Pedreira Massa

Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid

◦ Proceso vincular y autolesiones en adolescentes

M^a Carmen Martínez Cantarero

Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid

◦ El vínculo del amor y por el amor

Mar Faya Barrios

Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid

Jueves 16 de Mayo de 2013

17.30 a 19.00 h

**3. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS COGNITIVO-CONDUCTUALES
EN LOS ADOLESCENTES CON ALTERACIONES CONDUCTUALES****MODERADORA****Marta García Giral***Servei de Psiquiatria i Psicologia Infantil i Juvenil del Hospital Clínic de Barcelona*◦ **Tratamiento psicológico del Trastorno por Déficit de Atención
con Hiperactividad con o sin Trastorno Negativista Desafiante****Raquel Vidal Estrada***Servei de Psiquiatria de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona*◦ **Tratamiento psicológico del Trastorno de Gilles de la Tourette
con o sin Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad****Rosa Nicolau Palou***Servei de Psiquiatria i Psicologia Infanto-Juvenil de l'Hospital Clínic de Barcelona*◦ **Intervención psicológica en el Trastorno por Uso de Sustancias en ado-
lescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad****Rosa M. Díaz Hurtado***Servei de Psiquiatria i Psicologia Infantil i Juvenil del Hospital Clínic de Barcelona*

19.00 a 19.30 h

INAUGURACIÓN

19.30 a 20.15 h

CONFERENCIA INAUGURAL**D. Emilio Calatayud***Juez de Menores. Granada*

21.15 h

CÓCTEL DE BIENVENIDA**Cármén de los Mártires**



Viernes 17 de Mayo de 2013

09.00 a 10.30 h

MESAS REDONDAS

1. ¿QUÉ TAL DUERME TU PACIENTE CON TDAH?

MODERADOR

José Ángel Alda Diez

Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona

◦ TDAH, trastornos del sueño asociados y alimentación

María Izquierdo Pulido

Departamento de Nutrición y Bromatología, Facultad de Farmacia, Universidad de Barcelona

◦ Tratamiento no farmacológico de los Trastornos del Sueño en el TDAH

M^a Ángeles Mairena García de la Torre

Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

◦ Trastornos del Sueño y TDAH

Óscar Sans Capdevila

Servicio de Neurología Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu

2. DSM 5. CÓMO AFECTAN SUS CAMBIOS A LA PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

MODERADORA

Luisa Lázaro García

Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica. Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona

◦ Redefinición de los Trastornos del Neurodesarrollo

Luisa Lázaro García

Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clinic de Barcelona

◦ Nuevos trastornos en Psiquiatría Infantil y Juvenil en el DSM 5

Soledad Romero Cela

Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clinic de Barcelona

◦ Autolesiones no suicidas, un nuevo diagnóstico: implicaciones clínicas

Montserrat Graell Berna

Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid

Viernes 17 de Mayo de 2013

09.00 a 10.30 h

COMUNICACIONES ORALES

10.30 a 11.30 h

CONFERENCIA

Patrocinada por Otsuka

11.30 a 12.00 h

DESCANSO

12.30 a 13.30 h

MESAS REDONDAS**3. MÁS ALLÁ DEL DSM 5: NUEVAS PATOLOGÍAS EMOCIONALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES****MODERADORA**

María Jesús Mardomingo Sanz

Psiquiatra Infantil. Presidenta de Honor de la AEPNYA◦ **Acoso escolar. Factores individuales y sociales**

Jaime Moyá Querejeta

Unitat de Psiquiatria Infantil i Juvenil Hospital Clinic Universitari Barcelona◦ **Síndrome de alienación parental**

María José Ruiz Lozano

Psiquiatra infantil. Murcia◦ **Ciberbullyng, grooming, sexting y otros fenómenos de e-malestar entre los nativos digitales**

Pedro Manuel Ruiz-Lázaro

*Grupo ZARIMA y ZARIMA PREVENCIÓN de la Unidad Mixta de Investigación Hospital Clínico Universitario - Universidad de Zaragoza***4. PAIDOPSIQUIATRIA PERINATAL: PAIDOPSIQUIATRIA PSICOSOMÁTICA EN NEONATOLOGÍA (LA INTERCONSULTA PSIQUIÁTRICA EN NEONATOLOGIA)****MODERADOR**

Óscar Herreros Rodríguez

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada



Viernes 17 de Mayo de 2013

12.30 h a 13.30 h

◦ **La atención psiquiátrica de los padres de neonatos con problemas**

Belén Rubio Morell

Unidad de Interconsulta y Enlace Infanto-Juvenil. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias Tenerife

Juan Capafons Bonet

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de la Laguna, Tenerife

◦ **La atención psiquiátrica del bebé (en un programa de enlace de psiquiatría perinatal)**

Inmaculada Palanca, Ibone Olza

Unidad de Psiquiatría Infanto-juvenil. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro - Majadahonda

◦ **Repercusiones y consecuencias de la inmadurez (prematuridad), complicaciones y patologías del neonato a medio (infancia) y largo plazo (adolescencia y adultez)**

Xavier Gastaminza Pérez

Unidad de Paidopsiquiatría Psicosomática, Área Materno-Infantil. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

12.30 a 13.30 h

COMUNICACIONES ORALES

13.30 a 14.30 h

CONFERENCIA

Patrocinada por SHIRE

14.30 a 16.30

COMIDA

Viernes 17 de Mayo de 2013

16.30 ha 18.00h

MESAS REDONDAS**5. SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL (SAP): LA CLÍNICA QUE SE LE PASA AL CLÍNICO****MODERADOR****Roberto Belmonte Trigueros***Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Vega Baja de Orihuela, Alicante*◦ **SAP: descripción y detección****José Manuel Aguilar Cuenca***Psicólogo Judicial. Escritor*◦ **Los síntomas que más confunden al clínico. El papel del psiquiatra infanto-juvenil en el abordaje terapéutico del SAP****Javier Sempere Pérez***Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Vega Baja de Orihuela, Alicante*◦ **SAP: aspectos legales e implicaciones del clínico****José Luis Samariego***Ex asesor del CGPJ y Ministerio Asuntos Sociales, la Generalitat de Catalunya, la Xunta de Galicia y la Junta de Andalucía***6. USOS TERAPÉUTICOS DEL AJEDREZ EN PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL****MODERADOR****Hilario Blasco Fontecilla***CSM de Villalba, Hospital Puerta de Hierro*◦ **El ajedrez como herramienta contra la exclusión social en la infancia y la adolescencia****Juan Antonio Montero***Psicólogo, Presidente del Club de Ajedrez Magic, Extremadura*



Viernes 17 de Mayo de 2013

16.30 h a 18.00 h

- **Beneficios del ajedrez para el desarrollo intelectual y socio-afectivo de los niños**
Lorena García Afonso
Facultad de Psicología. Campus de Guajara. Universidad de La Laguna, Tenerife
- **Jaque Mate al TDAH: un proyecto piloto**
Hilario Blasco Fontecilla
CSM de Villalba, Hospital Puerta de Hierro

7. EFECTOS SECUNDARIOS: SIN MIEDO Y CON CABEZA

MODERADORA

Ana Figueroa

Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Hospital Perpetuo Socorro, Las Palmas de Gran Canaria

- **Manejo de efectos secundarios de la medicación para el TDAH: metilfenidato y atomoxetina**
César Soutullo
Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona
- **Manejo de efectos secundarios de la medicación para la manía: antipsicóticos atípicos y estabilizadores del humor**
José Ángel Alda
Servicio de Psiquiatría y Psicología, Hospital San Juan de Dios, Barcelona
Pilar de Castro
Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona
- **Manejo de los efectos secundarios de la medicación para la depresión y ansiedad: ISRS**
Ana Figueroa
Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Hospital Perpetuo Socorro, Las Palmas de Gran Canaria

18.00 a 18.30 h

DESCANSO

18.30 a 20.30 h

ASAMBLEA GENERAL DE LA AEPNYA

21.30

CENA DE GALA

Sábado 18 de Mayo de 2013

09.00 h a 10.30 h

MESAS REDONDAS**1. CONDUCTA AUTOLESIVA SUICIDA Y NO SUICIDA EN ADOLESCENTES EVALUADOS EN MEDIOS CLÍNICOS: ¿UNA REALIDAD EMERGENTE?****MODERADOR****Juan José Carballo Belloso***Unidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Fundación Jiménez Díaz. Madrid*

- **Conducta suicida y conductas autolesivas no suicidas en la infancia y adolescencia**
Hilario Blasco Fontecilla
CSM de Villalba, Hospital Puerta de Hierro. Madrid
- **Estudio sobre la prevalencia y los factores de riesgo de la ideación suicida y las conductas autolesivas, tanto suicidas como no suicidas, en la adolescencia**
Mónica Díaz de Neira Hernando
Unidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Centro de Especialidades Argüelles. Fundación Jiménez Díaz
- **Experiencia de tratamiento en hospital de día de conductas autolesivas en adolescentes**
Joaquim Puntí Vidal
Hospital de Día de adolescentes de Salud Mental, Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí de Sabadell. Barcelona

2. BASES NEUROBIOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES DE LOS TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS EN LA ADOLESCENCIA**MODERADOR****Tomás José Cantó Diez***Unitat de Salut Mental Infantil d'Alacant. Alicante*

- **Adolescencia, desinhibición neuroconductual y consumo de sustancias**
Javier Goti Elejalde
Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clinic de Barcelona



Sábado 18 de Mayo de 2013

09.00 h a 10.30 h

- **Efectos neuropsicológicos y factores individuales asociados al consumo de cannabis en adolescentes.**

Laura Aso Gros

Unidad de Conductas adictivas en la Adolescencia. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clinic de Barcelona

- **Influencia de la dinámica familiar en el desarrollo de trastornos de Conducta y TUS**

Matias Real López

Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón

3. DISCAPACIDAD INTELECTUAL, AUTISMO Y OTROS TRASTORNOS MENTALES

MODERADORA

Mara Parellada Redondo

Unidad Atención Médica Integral a Trastornos del Espectro Autista (AMI-TEA), Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

- **Inteligencia límite como factor de riesgo de trastorno mental grave**

Carmen Moreno

Servicio de Psiquiatría del Niño y el Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

- **Utilidad de los microarrays en el diagnóstico etiológico de los Trastornos del Espectro Autista**

Ángel Carracedo

Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica y Universidad de Santiago

- **De los Trastornos Generalizados del Desarrollo No Especificados a los trastornos mentales de diagnóstico en la edad adulta**

Pilar Martín Borreguero

Unidad de Salud Mental Infantil, Hospital Reina Sofía, Córdoba

Sábado 18 de Mayo de 2013

10.30 a 12.00 h

MESAS REDONDAS**4. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL EN LA ADOLESCENCIA****MODERADOR****Pedro Manuel Ruiz Lázaro***Grupo ZARIMA y ZARIMA PREVENCIÓN de la Unidad Mixta de Investigación Hospital Clínico Universitario-Universidad de Zaragoza. Zaragoza*◦ **Empoderamiento de adolescentes: modelo Alcalá de Henares****Patricio José Ruiz-Lázaro***Centro de salud Manuel Merino de Alcalá de Henares. Madrid*◦ **Programa DITCA: detección sistemática y prevención de TCA en adolescentes escolarizados en la comunidad valenciana****Luis Rojo Moreno***Sección de Psiquiatría Infantil, Unidad de TCA del Hospital La Fe. Universidad de Valencia. Valencia*◦ **Intervención en prevención de suicidio y depresión en Sabadell****Montserrat Pamiás Massana***Servicio de Psiquiatría Infantil de la Corporación Sanitaria Parc Taulí de Sabadell. Barcelona***5. TRAUMA Y DESARROLLO EMOCIONAL EN LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA****MODERADORA****Paz Quijano Barroso***Fundación Alicia Koplowitz*◦ **Relación del abuso y la depresión perinatal: implicaciones en el desarrollo emocional infantil****Mar Álvarez Segura***Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Barcelona*◦ **Trauma intergeneracional y regulación emocional en el primer año de vida****Nina Burtchen***Departamento de Neurociencia del Desarrollo del Departamento de Psiquiatría (Columbia University, NY)*



Sábado 18 de Mayo de 2013

10.30 a 12.00 h

- Trauma y apego desorganizado en edad pre-escolar

Margarita Ibáñez Fanés

Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Barcelona

6. CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES HIJOS DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA O TRASTORNO BIPOLAR

MODERADORA

Elena de la Serna Gómez

Centro de investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM. 2009SGR1119

- Diseño y diagnósticos DSM-IV basales de BASYS: The Bipolar And Schizophrenia Young Offspring Study (BASYS)

Vanessa Sanchez-Gistau

Centro de Salud Infanto-juvenil. Hospital Clínico de Barcelona. CIBERSAM. 2009SGR1119

- Síntomas psicóticos atenuados y otras características clínicas en hijos de pacientes con esquizofrenia: resultados del estudio BASYS

Inmaculada Baeza Pertegaz

Departamento Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil. Hospital Clínico de Barcelona. CIBERSAM. IDIBAPS. 2009SGR1119

- Características clínicas en hijos de pacientes con trastorno bipolar. Estudio Basys

Dolores Moreno Pardillo

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

12.00 a 12.30 h

DESCANSO

12.30 a 13.30 h

CONFERENCIA DE CLAUSURA

Patrocinada por Janssen

13.30 a 14.30 h

ENTREGA DE PREMIOS Y CLAUSURA



Congreso de la Asociación Española
de **Psiquiatría del Niño y Adolescente**

MAS INFORMACIÓN AQUÍ
www.granada2013aepnya.es



SEDE:
Parque De Las Ciencias
AVDA. DE LAS CIENCIAS S/N
www.parquedelasciencias.com

La Universidad de Granada reconocerán la asistencia al congreso con 2 créditos de libre configuración a los estudiantes del Grado de Medicina y con 1,5 de libre configuración a los estudiantes del Grado de Psicología.



JUEVES 16 DE MAYO

12-14 HORAS: TALLERES

LA PSIQUIATRÍA INFANTIL EN UBICACIONES NO PSIQUIÁTRICAS: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN PEDIATRÍA Y CENTROS ESCOLARES.

COORDINADOR / PONENTE PRINCIPAL: Guadalupe Guzmán Álvarez, Médico Especialista en Psiquiatría, FEA Psiquiatría UGC SM Hospital Virgen de la Victoria, USMI-J, Málaga.

María Inmaculada Romera Gutiérrez, Médico Especialista en Psiquiatría, FEA Psiquiatría UGC SM Hospital Virgen de la Victoria, Málaga, USMC Cónsul.

María José Rodado, Médico Especialista en Psiquiatría, FEA Psiquiatría Unidad de Adolescentes del Hospital de Orihuela, Alicante.

OBJETIVOS PRÁCTICOS / DOCENTES

1. Sensibilizar a los profesionales que trabajen en el ámbito de la salud mental infanto-juvenil de la necesidad de optimizar la intervención en ubicaciones no psiquiátricas: pediatría y centros escolares.
2. Dar a conocer el programa de intervención con centros escolares y pediatría desarrollados por psiquiatras infantiles desde nuestra unidad.
3. Conseguir transmitir cuáles son los puntos claves de intervención y su eficiencia en la prevención primaria y secundaria de trastornos mentales infanto-juveniles.

RESUMEN

LA PSIQUIATRÍA INFANTIL EN UBICACIONES NO PSIQUIÁTRICAS: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN PEDIATRÍA Y CENTROS ESCOLARES.

El trabajo en ubicaciones no psiquiátricas puede reducir la resistencia de las familias a ser atendidos, se le puede dar una respuesta rápida evitando la complejidad burocrática, aumenta la colaboración del servicio de

salud mental en la comunidad y ofrece la posibilidad de realizar prevención primaria y secundaria.

CENTROS ESCOLARES:

Próximo a la familia, el colegio es el mayor agente de socialización para los niños en la mayoría de sociedades; buena parte del tiempo lo pasa en el centro escolar y la sociedad pone en los centros muchas preocupaciones y esperanzas. Esperamos que los niños crezcan a nivel cognitivo, en valores y actitudes, en madurez social y emocional, en su propio autoconcepto y en la relación con los otros.

A pesar de que el hogar y la familia es el factor determinante más importante en el éxito y las oportunidades que se presentan a lo largo de la vida, el colegio constituye uno de los contextos más importantes en la infancia y ha sido ampliamente demostrado su poder de influencia más que moderado en el desarrollo psíquico del niño.

Se expondrá una revisión de las influencias escolares en el desarrollo psíquico del niño (desarrollo cognitivo, autoestima y problemas emocionales y conductuales) y de las dificultades de las relaciones entre pares, terminando con la presentación detallada del programa estruc-



turado multidisciplinar de enlace de nuestra unidad con los centros escolares ilustrado con casos clínicos.

PEDIATRÍA:

Los pediatras trabajan en contacto directo con niños y adolescentes y se encuentran en una posición privilegiada para identificar y manejar los problemas de salud mental que pudieran aparecer en estos.

Actualmente la disfunción psicossocial representa la principal causa de discapacidad en la infancia y la adolescencia, cerca de la mitad de los niños derivados al pediatra presentan síntomas somáticos directamente relacionados con problemas psicológicos.

En los países desarrollados la mayoría de los niños con trastornos de la conducta y del estado de ánimo no son atendidos en los Servicios especializados de Salud Mental. Sin embargo, estos Servicios especializados están generalmente implicados con actividades indirectas apoyando a los pediatras, médicos de familia y profesores. Su función es importante tanto por la intervención preventiva como por la orientación terapéutica.

Vamos a exponer el trabajo realizado de coordinación entre profesionales de un equipo de Salud Mental Comunitario, de una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, de una Unidad de Hospitalización de Adolescentes y los pediatras de varias zonas básicas de los que la USMC es referencia. Estas reuniones se vienen realizando desde el año 2004 y están incluidas dentro del Programa de For-

mación del Distrito Básico de Salud.

Se ilustrarán las exposiciones con casos clínicos y se invitará a los asistentes al debate y al trabajo en grupos multidisciplinar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Goodman, R. and Scott, Stephen (2005) School influences. In Child Psychiatry. Blackwell Science, Oxford.
2. Maughan, B. (1994) School influences. In developmental Through Life: a handbook for clinicians (M Rutter and D.F. Hay, eds) Blackwell Science, Oxford, pp. 134-158.
3. Asher, S.R. et al (1994) Peer relations. In developmental Through Life: a handbook for clinicians (M Rutter and D.F. Hay, eds) Blackwell Science, Oxford, pp. 456-487.
4. Nicol, R. (2006). Practice in non-medical settings. In: Child and Adolescent Psychiatry (Rutter, M. and Taylor, E.). Black well. Oxford, pp 1077-1089
5. E. Garralda (1996). Managing Children with Psychiatric problems. BMJ. Publishing Group
6. Rauch, P; Jellinek, M. ((2003). Paediatric Consultation. In Child and Adolescent Psychiatry (M. Rutter and E. Taylor) Black well. Oxford, pp 1051-1066
7. J. Sasot Llevadot, F.A. Moraga Llop. (1999) Psicopediatría en Atención Primaria. Prous Science

ATraPA: ACCIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES. INESTABILIDAD EMOCIONAL GRAVE EN LA ADOLESCENCIA.

PONENTES: Delgado Lacosta, Carlos. Psiquiatra, psicoterapeuta. Coordinador del Programa Específico ATraPA en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. Psiquiatra del Servicio del Niño y del Adolescente del mismo Hospital. Ex-coordinador del Hospital de Día de Adolescentes de Vallecas (Madrid).

Roldán Díaz Laura. Psicóloga del Programa Específico ATraPA en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. Psicóloga del Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón. M^a Begoña Cerón Gil. Diplomada en enfermería por la Universidad Autónoma de Madrid (1987). Especialista en salud mental por el Ministerio de Educación. Hospital Gregorio Marañón (Madrid), Unidad de Adolescentes (Psiquiatría). Colaboradora en el programa ATRAPA tanto para pacientes ingresados como externos que acuden a terapia TDC.



OBJETIVOS PRÁCTICOS / DOCENTES

1. Repasar contenidos teóricos fundamentales para la comprensión del trastorno límite de la personalidad y sus tratamientos a lo largo de la historia.
2. Conocer las bases teóricas, fundamentos, objetivos y estrategias de la Terapia Dialéctico-Conductual.
3. Presentar la intervención dialéctico conductual desempeñada en el tratamiento ambulatorio intensivo del programa ATRAPA para ejemplificar de forma práctica la aplicación de esta terapia en población adolescente y en el contexto de la sanidad pública.

RESUMEN

Introducción

La mayor parte de los trastornos de la personalidad son apreciables desde la adolescencia tardía. Múltiples estudios confirman la validez y estabilidad del diagnóstico de Trastorno de Inestabilidad Emocional en la adolescencia. En el último decenio, la terapia dialéctico-conductual desarrollada por Marsha Linehan, ha experimentando un gran desarrollo debido a los estudios que prueban su eficacia para mejorar el pronóstico de los pacientes con alteraciones de la personalidad, especialmente pacientes con riesgo suicida y alta inestabilidad emocional. La terapia dialéctico-conductual, es un abordaje terapéutico estructurado y manualizado, de fácil implementación en nuestro medio.

El programa ATraPA nace con el propósito de poner en marcha un programa de tratamiento psicoterapéutico en nuestro ámbito, para los adolescentes que sufren trastornos de la personalidad (especialmente riesgo suicida e inestabilidad emocional) y para sus familiares, de manera que se pueda evaluar la capacidad de dicho programa para mejorar el pronóstico del paciente así como el clima y la comunicación familiar. El principal objetivo de este programa, adaptación del propuesto por Marsha Linehan, es fomentar la adherencia al tratamiento y desarrollar habilidades que disminuyan la frecuencia e intensidad de las crisis en los adolescentes y sus familias y que cuando estas se produzcan remitan en menos tiempo y con menor sufrimiento. ATraPA incluye acciones a nivel hospitalario, tratamiento ambulatorio intensivo así como tratamiento ambulatorio en general.

Metodología del taller

El taller será eminentemente práctico y se desarrollará en tres partes: Una primera parte de contenidos teóricos en que se realizará una introducción histórica seguida de la exposición de los presupuestos teóricos y procedimientos de la Terapia Dialéctico Conductual. Una segunda parte en la que se expondrá el diseño del tratamiento ambulatorio intensivo del programa ATRAPA que se desarrolla en el Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Hospital Gregorio Marañón y una tercera parte en la que se mostrará un video de los grupos llevados a cabo en dicho programa.

INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA PADRES DE NIÑOS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO DEL AUTISMO.

PONENTES

COORDINADOR / PONENTE PRINCIPAL: Luisa María Sánchez Gil. Enfermera de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J). Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.

PONENTE 2: José Manuel Perea Baena. Enfermero de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J). Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.

PONENTE 3: Isabel Hernández Otero. Psiquiatra Infantil. Coordinadora USMI-J. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

OBJETIVOS PRÁCTICOS / DOCENTES

1. Presentar un instrumento válido y con amplia experiencia en nuestra Unidad para trabajar de forma específica y práctica habilidades en los padres de niños con TEA.
2. Crear un ambiente de interacción en el que se planteen dudas y se reflexione sobre los cuidados que requieren los cuidadores de niños con TEA.



3. Dotar a los asistentes del programa utilizado en nuestra Unidad para que puedan generalizarlo y aplicarlo en distintas Unidades.

RESUMEN

Comprender las dificultades de los niños con TEA es una labor difícil para los padres y cuidadores, en especial cuando el diagnóstico es reciente y están atravesando el proceso de duelo. Aceptar el diagnóstico y adquirir estrategias para relacionarse de forma más efectiva con sus hijos, mejorando la sintomatología propia del trastorno, son áreas que a menudo no se abordan adecuadamente

en consulta, debido a múltiples limitaciones. El objetivo de este programa es ayudar a los padres a que adquieran habilidades necesarias para mejorar la interacción con sus hijos, desarrollar intervenciones con respecto a problemas de alimentación, eliminación, sueño y alteraciones de la conducta, informar sobre recursos sociales y Asociaciones y adquirir estrategias que favorezcan la socialización, en especial a través del juego. Nuestro programa se basa en la evidencia científica disponible y en múltiples estudios que reflejan que estas áreas requieren un trabajo específico, a menudo no realizado en consulta con el personal facultativo.

15-17 HORAS: TALLERES

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

PONENTES

COORDINADOR / PONENTE PRINCIPAL: Cornellà i Canals, Josep. Doctor en Medicina. Paidopsiquiatra. Profesor de la escuela EUSES de la Universidad de Girona.

PONENTE 2: Juárez López, Josep Ramón. Doctor en Psicología. Profesor de Psicología Forense en la Universidad de Girona.

PONENTE 3: Dolz Lago, Manuel Jesús. Doctor en Derecho. Fiscal experto en menores del Tribunal Supremo (Madrid).

OBJETIVOS PRÁCTICOS / DOCENTES

1. Dar conocimiento teórico para comprender la situación del menor que ha sido víctima de abuso o maltrato.
2. Ofrecer el conocimiento de instrumentos prácticos para la entrevista al menor que ha sufrido estas situaciones.
3. Tomar conciencia de que la entrevista puede ser un motivo de nueva victimización hacia el menor.

RESUMEN

Utilización de técnicas de rol-play para mejorar el aprendizaje.

Se considera importante este taller desde la perspectiva que aumentan los casos de abuso y maltrato en menores, en los que se solicita la participación de los profesionales de salud mental para la evaluación. Esta evaluación, si hace revivir al menor los hechos vividos, puede causar un malestar importante, con sentimientos de revictimización, que hay que evitar. El taller que proponemos (que también podría desarrollarse en forma de Mesa Redonda, quiere abarcar los distintos estamentos vinculados con la justicia).



URGENCIAS Y HOSPITALIZACION DE AGUDOS EN LOS TRASTORNOS MENTALES DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

PONENTES

COORDINADOR / PONENTE PRINCIPAL: *Pedreira Massa, José Luis. Psiquiatra y Psicoterapeuta de niños y adolescentes, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (Madrid) - Universidad Autónoma de Madrid. Prof. Tutor UNED. Doctor en Medicina. Especialista en Psiquiatría y en Pediatría. Psicoterapeuta acreditado por FEAP e ICOMEM. Máster en Calidad de Servicios asistenciales sanitarios.*

PONENTE 2: *Morandé Lavin, Gonzalo. Jefe De Sección de Psiquiatría Infantil, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (Madrid) - Universidad Autónoma de Madrid. Doctor en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Director Máster de Trastornos de la alimentación, UEM.*

OBJETIVOS PRÁCTICOS / DOCENTES

1. Analizar el recorrido (pathway) de la demanda de ingresos de los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia.
2. Actualizar los motivos de ingresos, con el análisis de casos paradigmáticos.
3. Revisar la bibliografía actualizada con criterios de calidad.

RESUMEN

Hace 12 años que funciona la Unidad de Hospitalización de agudos en trastornos mentales de la infancia y la adolescencia del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Se constituye por los siguientes dispositivos asistenciales: 10 camas para TCA; 7 camas para Trastornos mentales agudos de la infancia y la adolescencia y, por último, la atención presencial a las urgencias de trastornos mentales de la infancia y adolescencia. A lo largo de este tiempo han existido varias etapas en la demanda de estos dispositivos.

1. En relación a TCA: 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 ya aparecen casos con un IMC muy bajo.
2. En relación con trastornos mentales agudos:
 - a. Las crisis de agitación psicomotriz con heteroagresividad son una causa de gran prevalencia y que, además, moviliza muchos recursos (policía, transporte sanitario, acompañantes sanitarios).

- b. Las conductas suicidas representan un motivo prevalente, y los abordamos con un protocolo de asistencia con criterios de calidad asistencial.
 - c. Cuadros psicóticos en relación con consumo de sustancias, que se encuentran estabilizados.
 - d. Primeros brotes psicóticos y reagudización de procesos ya conocidos. Se encuentran en incremento.
 - e. Trastornos del humor graves: sorprende que los cuadros de depresión mayor estén estabilizados y que los TBP son más bien escasos.
 - f. Causas psicosociales, han experimentado un incremento relevante en los últimos meses.
 - g. Evaluación diagnóstica: sorprende que, pesa a la gran importancia, son pocos casos lo que 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 pie de cama" (base en el análisis de contenidos del diario).
 - e. 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.
Destacamos que en los últimos meses este tipo de de-



manda, tanto la de urgencias como los ingresos, han experimentado un incremento progresivo. Este hecho se ha puesto de evidencia con una elevada tasa de rotación de

camas, que se consolida con el índice de estancias que supera las 300 estancias/mes.

INTERVENCIÓN EN COGNICIÓN SOCIAL EN GRUPOS DE NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS

PONENTES

COORDINADOR / PONENTE PRINCIPAL: Vidal, Hagemeyer Àngela. *Docotora en Psicología, especialista senior, Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-juvenil, Hospital Clínic de Barcelona.*

PONENTE 2: García Giralt, Marta. *Psiquiatra, consultor. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-juvenil, Hospital Clínic de Barcelona.*

PONENTE 3: Bayarri, Eduard. *Doctor en Psicología, estudiante del máster “Psicología cognitivo-conductual” de la UB.*

OBJETIVOS PRÁCTICOS / DOCENTES

1. Profundización del término “cognición social”, implicaciones en el tratamiento, repercusiones en el funcionamiento diario.
2. Presentación del programa psicoeducativo dirigido a intervenir en cognición social en niños.
3. Muestra del material utilizado en el programa (juegos, secuencias de fotos, videos...).

RESUMEN

En términos simples la cognición social es la capacidad para “ponerse en el lugar del otro”, una capacidad muy sofisticada que claramente está bien desarrollada hacia los 3 o 4 años de edad en los niños con desarrollo típico. La mayoría de investigadores está de acuerdo en que los precursores de la cognición social son innatos y para desarrollarse plenamente necesitan de la experiencia social desde los primeros momentos de la vida.

El déficit en cognición social, -es decir, la dificultad de hacer las inferencias necesarias para comprender las creencias, los sentimientos, los deseos, los pensamientos o las intenciones de los otros-, conduce a profundas dificultades para comprender el punto de vista de los demás, modificar el lenguaje y la conducta en función del contexto social, la comunicación recíproca, la comprensión abstracta, la comprensión de las reglas sociales -y la flexibilidad necesaria para seguir estas reglas-, y

reconocer la repercusión de la propia conducta o lenguaje en los demás.

En la actualidad se reconoce que las habilidades que componen la cognición social reflejan un continuum, en el que algunos individuos tienen habilidades muy sensibles y bien desarrolladas en este campo, y otros muestran una capacidad mucho más limitada. En el extremo de esta gama continua están los individuos con trastorno del espectro autista, pero actualmente se considera que el déficit en cognición social puede subyacer a muchas de las dificultades de funcionamiento de niños con distintos diagnósticos (TOC, TDAH, Tourette, esquizofrenia, entre otros).

De esto se deriva que si bien la psicoeducación del trastorno y la aplicación de estrategias conductuales representan un componente importante en todo programa integral, se necesitan otros elementos focalizados más específicamente en el desarrollo social y comunicativo para una eficacia óptima.

El término de “cognición social” no es unitario, sino que engloba un conjunto de habilidades mentalistas. Las más comúnmente estudiadas son las siguientes:

1. La percepción emocional es la habilidad para inferir información emocional, es decir, qué siente la persona, a partir de la comunicación no verbal, como las expresiones faciales, la expresión corporal, o la prosodia, o la combinación de todo ello (¿cómo está el niño?, ¿qué sen-



timiento crees que tiene esta mujer?).

2. La percepción social es la habilidad de inferir el significado social a una conducta contextualizada. Para ello es necesaria la interpretación de las señales emocionales, además de la comprensión de roles, normas y convenciones sociales de una situación (¿quién?, ¿cuándo?, ¿qué?, ¿a dónde?).

3. La atribución de causas es la capacidad de interpretar la causa que ha llevado a un estado mental determinado, y de reconocer que una misma causa puede conllevar estados mentales diferentes en función de distintas variables (¿porqué está niña esta enfadada? ¿qué razón tiene esta mamá para estar aburrida?).

4. El autocontrol emocional es la capacidad de saber manejar adecuadamente las emociones que identificamos en nosotros mismos y /o en los demás (¿qué podría hacer esta niña que está triste?, ¿qué podría hacer el hermano cuando reconoce que su hermanita está celosa?).

5. La atribución de intenciones es la habilidad de realizar inferencias acerca de las creencias, sentimientos, disposiciones, deseos e intenciones de los otros (¿qué intención hay detrás de una ironía/mentira piadosa/ indirecta?).

6. La identificación de las consecuencias en los estados mentales de los otros de nuestras conductas se refiere a la capacidad de reconocer cómo nuestro comportamiento ejerce una influencia en las emociones, pensamientos y conductas de los demás (¿cómo se siente este niño cuando su amigo en una conversación lo interrumpe continuamente?, ¿qué crees que pensará la mamá si la niña no pone atención cuando intenta explicarle los deberes?).

En el programa específico de niños de nuestro Hospital de Día se atiende a pacientes con edades comprendidas entre los 7 y los 12 años. Presentan un coeficiente intelectual dentro de la normalidad, tienen un nivel de lenguaje adecuado por su edad (excepto en pragmática), y la mayoría de ellos están integrados en escuelas ordinarias. La mayoría tienen en común dificultades importantes en adaptación social (con iguales y con los adultos). Concretamente, una observación y evaluación detallada de estos niños se aprecia que presentan déficits más o menos sutiles en el desarrollo social y comunicativo, y que éstos tienen un gran impacto en un amplio espectro de su vida diaria, suponiendo en muchas ocasiones marginación respecto los iguales (rechazado por su conducta socialmente inapropiada, o por ser objeto de burlas y críticas por sus meteduras de pata) y presentar una conducta de

manejo muy difícil en el contexto familiar y en la escuela. En general, estos niños tienen un deseo irresistible de ser aceptados y tener contacto social con los iguales, por lo que el rechazo constante puede ser muy hiriente para ellos.

Actualmente se acepta que si bien los fármacos reducen sintomatología (alta impulsividad, la agresividad, déficit de atención, obsesiones...) y por ende mejoran la calidad de vida de los niños éstos no tienen un impacto directo sobre la mejora de cognición social, por lo que es ampliamente aceptado que la provisión de programas psicoeducativos encaminados a mejorar el desarrollo socio-emocional y de comunicación es una de las piezas clave del tratamiento para muchos de estos niños, sea cual sea su orientación diagnóstica.

ESQUEMA DEL PROGRAMA PSICOEDUCATIVO

1.- **OBJETIVO:** Entrenamiento en cognición social entendida como entrenar la habilidad de hacer las inferencias necesarias para interpretar adecuadamente situaciones sociales complejas.

2.- **CONTENIDO:** Conceptos de cognición social que se entrenan:

1. Emociones básicas o primarias (alegría, sorpresa, miedo, tristeza, enfado, asco).
2. Emociones secundarias (aburrimiento, orgullo, decepción/desilusión; envidia, preocupación, vergüenza, ternura, culpabilidad, desconfianza, satisfacción, humillación, agobio).
3. Interpretación de gestos y expresiones faciales (“no sé –encogimiento de hombros–”, “silencio –dedo en labios–”, “no me lo puedo creer –cara de sorpresa–”, “ha sido él –señalar al otro disimuladamente–”, “nervios –morderse las uñas–”, etc.).
4. Interpretación de situaciones sociales (qué relación mantienen los personajes, qué hacen, qué dicen, cuándo, a dónde van...) en función de indicios contextuales.
5. Interpretación de intenciones cuando se utiliza el lenguaje figurado (ironía, mentira piadosa, indirectas...).

3.- **METODOLOGÍA:**

1. **Material visual:** Se da el mayor énfasis posible al material visual debido a que el procesamiento de este tipo de información complementa la información verbal:



► Historias escritas (narraciones diseñadas específicamente para este programa que para su correcta interpretación se requiere hacer inferencias para separar el significado literal de su sentido figurativo: ironías, metáforas, frases hechas, indirectas, perspectivas diferentes y emociones secundarias y chistes basados en el juego de palabras).

► Fotos (extraídas de la base de datos del Google)

► Viñetas (extraídas de “En la mente ” y “En la mente II” de Monfort)

► Videos (aproximadamente 60” de duración, diseñados específicamente para este programa)

2. *Aprendizaje a través de actividades*: El aprendizaje no se basa en el modelamiento, sino que los niños del grupo deben hacer por ellos mismos los ejercicios de entrenamiento, intentando que la experiencia de aprendizaje sea lo más tangible posible. En bastantes sesiones el material está diseñado con formato de juego (bingo, domino, ruleta, memory, cartas, juegos de mesa, enganchar secuencias con tiras de velcro, dibujar en una pizarra...).

3. *Material estructurado*: El programa de entrenamiento se basa en una secuencia de pasos que se repite en cada sesión, esto ayuda que el niño entienda la estructura, y así facilite la asimilación del contenido.

4. *Duración del programa y de las sesiones*: El programa tiene una duración de un trimestre aproximadamente (15 sesiones semanales). Las sesiones duran aproximadamente 45 minutos, debido a la dificultad de muchos de estos niños en mantenerse atentos.

5. *“Aprendizaje sin errores”*: El sistema de aprendizaje se basa en el “aprendizaje sin errores” y no en el “ensayo y error”. Así, la dificultad y complejidad del material es

progresiva y el niño siempre dispone de las ayudas necesarias para asegurar que resuelva bien el ejercicio. Tenemos que evitar que el niño haga errores en la medida de lo posible, para que su motivación no disminuya.

6. *Ratio profesional/niños*: En general es recomendable que en el grupo haya un profesional para cada dos-tres niños, con un máximo de 5 o 6, sea para dar respuesta cercana e inmediata a las dudas sobre el contenido de los aprendizajes o para gestionar adecuadamente las alteraciones conductuales.

7. *Sesiones distendidas*: Las sesiones deben ser agradables y distendidas, ya que el tema a tratar es la comprensión del mundo socio-emocional, en general, difícil para ellos. En cada sesión se les explica el objetivo y se les presenta el material de tal forma que se trate de hacer una “investigación” divertida, y no amenazante, del mundo social.

4.- *EVALUACIÓN*: Al finalizar cada sesión los niños tienen que autoevaluarse en un autorregistro (puntuarse en unos semáforos) respecto diversos ítems que se han repasado al principio de cada sesión, relacionados con las normas del grupo (escuchar a los otros, participar, guardar silencio, estar bien sentado, no salirse del tema, mirar a los ojos al hablar).

Antes de iniciarse el grupo, se evalúan de forma individual a los pacientes administrándoles pruebas y actividades parecidas a las de las sesiones de intervención. También se administran a los padres el cuestionario de HHSS de Monjas. Una forma paralela de la prueba de inicio y el mismo cuestionario a los padres se vuelve a administrar de forma individual cuando finaliza el grupo.



17:30-19 HORAS: MESAS REDONDAS

ADOLESCENTES Y SOCIEDAD TECNOLÓGICA AL LÍMITE: ¿PROBLEMAS U OPORTUNIDADES?

MODERADOR: Juan Francisco García Masegosa. Médico de Atención Primaria, UGC Pulpí.

El cerebro y tecnoadicción en adolescentes

PONENTE: Andrés Fontalba Navas, Psiquiatra, Coordinador de USMC Huércal Overa.

En la sociedad actual, nuestra forma de vida ha cambiado, en gran medida, debido a la influencia de las nuevas tecnologías.

En los países desarrollados la televisión ha sido, en los últimos años, el medio más influyente. Sin embargo, actualmente se han ido introduciendo a gran velocidad en nuestras vidas otras tecnologías. De este modo, hoy por hoy convivimos con grandes dosis no solo de televisión sino también de Internet, telefonía móvil y videojuegos, principalmente.

Un mal uso de estas nuevas tecnologías no está exento de riesgos, como la adicción.

El desarrollo de la adicción a nuevas tecnologías sigue el patrón clásico de cualquier conducta adictiva, similar a la que se produce con las sustancias de abuso o comportamientos compulsivos.

Los menores además están en situación más vulnerable de hacer un mal uso de las tecnologías si no disponen de formación o supervisión adecuada en el uso de las mismas.

Las últimas investigaciones implican a diversos neurotransmisores, así como a vías o sistemas cerebrales, tales como el sistema de recompensa mesolímbico, como factores claves en el desarrollo de la sintomatología adictiva.

Activos en salud: Adolescentes saludables.

PONENTE: Magdalena Bonillo, Enfermera, UGC Prevención, Promoción y Vigilancia de la Salud de Área Norte de Almería.

La adolescencia se ha convertido en una de las etapas del ciclo vital que más interés suscita. Se trata de una etapa evolutiva de enorme plasticidad en la que chicos/as podrán alcanzar un desarrollo saludable y desarrollar todas sus potencialidades, siempre que mantengan unas relaciones saludables con su contexto próximo.

En la actualidad, si preguntáramos en qué consiste una Adolescencia Saludable, la mayoría de las personas nos responderían en la ausencia de enfermedades, problemas o desajustes. Su respuesta se centraría en el modelo del déficit basado en la protección, la prevención y la reducción de factores de riesgo con el fin de evitar la enfer-

medad. Se olvidarían de otros factores tan importantes como el desarrollo personal en el entorno socio-familiar y escolar.

Sin embargo se puede utilizar otro enfoque, que represente una visión más optimista de la adolescencia, el enfoque de la salud positiva, basada en los activos en salud, es decir dirigiendo la mirada hacia cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar (Morgan A. Ziglio E. 2008). Estaríamos hablando de promover los activos personales, familiares, escolares y comunitarios que contribuyen a mejorar la



salud, la competencia y el ajuste de los/as adolescentes.

De acuerdo con este enfoque, la prevención no es sinónimo de promoción. Una adolescencia saludable y una adecuada transición a la edad adulta requieren no sólo la evitación de algunos comportamientos como la violencia, el consumo de drogas o las prácticas sexuales de riesgo, sino que precisan de la consecución de una serie de logros evolutivos por parte del adolescente. Así, el modelo adopta una perspectiva centrada en el bienestar físico, emocional, social y psicológico. Pone un énfasis especial en la existencia de condiciones saludables y expande el concepto de salud para incluir las habilidades, conductas y competencias necesarias para tener éxito en la vida social, académica y profesional (Benson, Mannes,

Pittman y Ferber, 2004).

Aunque el modelo del desarrollo positivo podría considerarse como opuesto al modelo del déficit, en realidad se trata de modelos complementarios, ya que reducir y prevenir los déficits y problemas de conducta y promover el desarrollo y la competencia son caminos paralelos. La promoción de los recursos y oportunidades para el desarrollo no sólo promueve la competencia sino que, como consecuencia de ello, hace al adolescente más resistente a los factores de riesgo y reduce conductas problemáticas, tales como el consumo de drogas, las conductas sexuales de riesgo, la conducta antisocial o los trastornos depresivos (Benson et al., 2004).

La experiencia de hablar en positivo.

PONENTE: Macarena Marín Olalla, Psiquiatra, Directora de UGC Salud Mental Almería Norte.

La promoción de la salud mental produce beneficios importantes en la salud de los individuos y, en general, en toda la sociedad, favoreciendo el bienestar y la calidad de vida de la población. Impulsar actividades de promoción de salud mental implica la creación de las condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan un óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico.

Se precisa de un cambio de perspectiva en los sistemas de atención a la salud mental, alejándose de una experiencia asistencial centrada casi en exclusiva en la provisión de servicios y acercándose a una atención que tome más en consideración la promoción de la salud mental. Por

todo ello, la estrategia de promoción de la salud mental ha sido siempre una prioridad en nuestra área, estableciéndose objetivos y actividades de marcado carácter intersectorial, orientadas a favorecer el mayor grado de bienestar y calidad de vida de la población.

La actividad ha sido desarrollada en 26 ocasiones, en un total de 22 institutos (todos los del área norte de Almería), estimándose la intervención en un global de 1200 alumnos. La aceptación por centros, profesionales y alumnos ha sido elevada, siendo solicitada su continuación en los programas de Promoción de la Salud.



CORRELATOS NEUROBIOLÓGICOS Y CLÍNICOS DEL VÍNCULO A LO LARGO DEL DESARROLLO.

MODERADOR: Montserrat Graell Berna Especialista en Psiquiatra. Suficiencia Investigadora. Master en Gestión Clínica. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Universidad Autónoma de Madrid.

El proceso vincular a la luz de la teoría de la mente

PONENTE: José Luis Pedreira Massa. Especialista en Psiquiatría, Especialista en Pediatría, Doctor en Medicina, Máster en Calidad asistencial de servicios sanitarios. Psicoterapeuta acreditado por FEAP e ICOMEM, Prof. Tutor UNED. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Universidad Autónoma de Madrid.

El desarrollo pone en evidencia uno de los fundamentos teóricos de mayor repercusión en la psicopatología infantil: el proceso de vinculación. Múltiples condiciones se han puesto en evidencia con el estudio de esta condición: el papel del duelo y su relación con los trastornos depresivos, el valor de las relaciones interpersonales, papel de las adopciones internacionales con institucionalización precoz. En el sustrato: la relación entre lo neurobiológico y lo neuropsicológico. De aquí se deduce los perfiles evolutivos que acontecen de los diferentes tipos de vínculos que han sido descritos, tanto de los seguros como de los inseguros, tanto de los organizados como de los desorganizados.

La teoría de la mente y sus investigaciones han facil-

itado el desarrollo de las neurociencias, este progreso ha retomado algunos conceptos que ponían en evidencia las interacciones entre lo psicobiológico y lo psicosocial. Aspectos como la cognición social o las descripciones de procesos que se han actualizado, como la disfunción cognitiva acumulativa. Todo ello ha sido puesto en evidencia de una forma muy sugerente en aquello que se desencadena como defensa y protección, si se prolonga en el tiempo se transforma en lo que se denomina el “estrés tóxico”.

Analizaremos y discutiremos los correlatos neuropsicológicos y bioquímicos de una muestra de niños adoptados de edad escolar que han sido diagnosticados de trastorno del vínculo.

Proceso vincular y autolesiones en adolescentes

PONENTE: M^a Carmen Martínez Cantarero. Especialista en Psiquiatra. Doctora en Medicina. Coordinadora de Hospital de Día de Adolescentes. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Universidad Autónoma de Madrid.

La sintomatología de las autolesiones repite un modo vincular. Encontramos rasgos de personalidad asociados a vínculos de características frustrantes, que provocan rechazo, rivalidad, dominio e irritación. Personalidades histéricas y límites, trastornos de stress postraumático presentan frecuentemente dichos síntomas autolesivos, eso sí con diferentes niveles de simbolización. La experiencia clínica nos enseña también que una parte de

estas heridas sobre la piel están conectadas al odio por el cuerpo propio y a aspectos autodestructivos hasta el punto que pueden ser a veces presagios de un intento de suicidio. La ambivalencia del apego/desapego materno, la necesidad de ser cuidadas, la indiferencia ante el sufrimiento en la herida están en primer plano. Lo que hay detrás es vacío, depresión, inmadurez. Desde el punto de vista dinámico la idealización del self está en el origen de



esas conductas, de ahí que la exhibición de sus heridas produce un efecto paradójico terapéutico. Se analizara además el correlato neurobiológico de la conducta de autolesiones.

Se analizara y discutirá los resultados de comparar los

rasgos de personalidad, historia de experiencias traumáticas, estilos de apego referidos a la infancia y actuales de una muestra de adolescentes en tratamiento intensivo (hospital de día) y una muestra de controles sanos.

El vínculo del amor y por el amor

PONENTE: Mar Faya Barrios. Especialista en Psiquiatra. Especialista en Medicina de Familia. Suficiencia Investigadora. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Universidad Autónoma de Madrid.

La relación entre lo neurobiológico y lo neuropsicológico en el proceso de vinculación en la adolescencia en torno a las relaciones interpersonales y como vehiculización de la vida afectiva el amor, con sus distintas formas de expresión y entre ellas la sexualidad.

En la década de los 70 surgen distintas teorías científicas sobre el amor, actualmente los avances en neurobiología y neuroimagen nos acercan a la comprensión de este sentimiento universal que emerge de una forma clara en la adolescencia y que subyace a los procesos de vinculación.

El amor se apoya sobre dos cimientos: recuerdos inconscientes y mecanismos de defensa. Enamorarse depende de nuestras experiencias y de aprendizajes pasados, el desenlace del amor adolescente y maduro se fragua en el entorno de la infancia.

Wilson sugiere una analogía aproximada entre el apego estudiado en los niños y el apego que puede observarse en adolescentes/jóvenes enamorados.

La teoría de los estilos de apego (Ainsworth) establece

la vinculación entre amor romántico y apego dentro de un marco evolutivo.

Los estilos de amor romántico corresponderían a estilos de apego de los niños por sus madres. Los enamorados románticos tenderían a adoptar uno de los tres estilos postulados por Ainsworth dentro de una relación: Apego seguro (tolerando separaciones breves y alegrándose en el regreso, confiando en ese regreso), Apego ansioso (relativamente despreocupado por el regreso, más distante y desconfiado), Apego ambivalente (con gran dificultad para tolerar la separación y aferrándose a la pareja en el regreso).

Se adoptará uno u otro estilo en función del tipo de apego por la madre que se construyó en la infancia, sin embargo, experiencias emocionales correctivas tendrán repercusiones tanto en la neurobiología como en la neuropsicología.

Se analizarán los resultados del estudio de estilo de relaciones afectivas en una muestra de adolescentes con algún trastorno mental comparado con adolescentes sanas.

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS COGNITIVO-CONDUCTUALES EN LOS ADOLESCENTES CON ALTERACIONES CONDUCTUALES

MODERADOR: Marta García Giral. Psiquiatra. Consultora 1 en el Servei de Psiquiatria i Psicologia Infantil i Juvenil del Hospital Clínic de Barcelona, Unidad de TDAH. Diplomada en Psiquiatría del niño y del Adolescente por la Universidad de Londres en 1988.

LA ADOLESCENCIA: es UNA ETAPA DE CAMBIO produciéndose por un lado un incremento del tamaño

corporal y la última fase de la maduración cerebral. Tiene lugar la Madurez sexual. El joven incrementa el deseo de



individualizarse de los padres; disminuye la influencia de los padres sobre la conducta de adolescente. Aumenta el tiempo fuera de casa y de los padres. Debe adaptarse a un mayor número de actividades y eventos de la vida diaria: dinero-trabajo, sexo, conducir moto/coche, drogas, relación con iguales/grupos, actividades en la comunidad. Está más involucrado con sus compañeros y recibe más influencia de ellos. Aumenta la demanda cognitiva sobre todo a nivel académico. Necesitan funcionar con mayor autonomía en la escuela y en casa (DuPaul et al 2003): Necesidad de mayores niveles de organización y

planificación de las “deadline”. Mayor independencia al completar las tareas en el colegio y en casa, necesidad de habilidades de estudio y de tomar apuntes. Retrasar la tarea puede ser muy problemático.

Es en esta etapa del desarrollo donde aparecen trastornos nuevos como los trastornos por abuso de tóxicos y también determinadas psicopatologías incrementan su complejidad por la comorbilidad entre trastornos. Un 22,2 % presentan algún trastorno psicopatológico con impacto (Merikangas et al 2010 (J.Am.Acad.Child.Adolesc.Psych.2010 49:10 980-989).

Tratamiento psicológico del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad con o sin trastorno negativista desafiante.

PONENTE: Raquel Vidal Estrada. Psicóloga del Servei de Psiquiatria de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron. Unidad de TDAH. Licenciada en Psicología por la Universidad Ramón Llull.

La franja de edad entre 15 y 21 años es la que presenta más discontinuación en el tratamiento de TDAH (McCarthy et al. 2009). En estas edades, existe un alto riesgo de abandono del tratamiento ya que la transición de los adolescentes hacia los servicios de salud mental de adultos se da en un período de creciente vulnerabilidad. Al ser más independientes del apoyo de los padres, pueden olvidar con más facilidad las visitas o tomar la decisión de dejar el tratamiento. Por este motivo, es importante disponer de tratamientos psicológicos específicos que engloben estrategias motivacionales para mejorar la adherencia. Una finalización prematura del tratamiento del TDAH puede interferir negativamente en esta etapa del desarrollo (McCarthy et al. 2009) y aumentar el riesgo de abuso de sustancias (Biederman, 2003). Al mismo tiempo, cabe destacar que el Trastorno Negativista Desafiante se asocia alrededor del 40% de los casos de TDAH (Jensen, 2001) y puede ser propulsor de Trastornos de Conducta o Trastornos del Estado del Ánimo, agravando el pronóstico del TDAH.

No obstante, actualmente, no existen estudios de terapia cognitivo-conductual para el TDAH en adolescentes. Los tratamientos psicológicos aplicados a esta población suelen ser una continuación de los tratamientos diseñados para población infantil (intervenciones escolares o tratamiento para padres). Por otro lado, los programas de TCC para adultos con TDAH se centran en el abordaje de los síntomas de inatención (Solanto et al. 2008; Safren et al., 2010, Stevenson et al. 2002). En cambio, los adolescentes presentan mayor impulsividad (Biederman, 2010). Por este motivo, es también necesario un abordaje de la autorregulación emocional (manejo de la rabia, tolerancia a la frustración, irritabilidad, sensibilidad a las críticas, etc.) en el tratamiento de adolescentes. Se propone un programa de tratamiento breve basado en estrategias cognitivo-conductuales y motivacionales en formato grupal. Dada la importancia de la influencia de los iguales en los adolescentes, un formato grupal puede facilitar cambios cognitivos y emocionales en este tipo de pacientes.



Tratamiento psicológico del Trastorno de Gilles de la Tourette con o sin trastorno por Déficit de atención con hiperactividad.

PONENTE: Rosa Nicolau Palou. Psicóloga especialista en clínica. Especialista Senior del Servei de Psiquiatria i Psicologia Infanto-Juvenil de l'Hospital Clínic de Barcelona. Unidad de TDAH. Profesora asociada médica de la Universidad de Barcelona. Directora del Centro Attentia dedicado al diagnóstico y tratamiento del TDAH.

El Trastorno por tics crónico o el Trastorno de Gilles de la Tourette aparece comorbe al TDAH en un 30% de casos mientras que en el caso de los trastornos por tics crónicos o Gilles en un 60% de casos tendrían añadido un TDAH. A menudo el tratamiento que se ofrece para los trastornos por tics son los fármacos obviando que existen tratamientos psicológicos con evidencia científica que pueden ser aplicados. La ponencia tiene como objetivo, revisar y describir estos tratamientos así como la evidencia de su eficacia. El tratamiento siempre se inicia con psicoeducación del Trastorno. Los terapeutas deben conocer, creer y transmitir a las familias, información y estrategias basadas en la evidencia científica (Peterson 2006).

Dentro de los orígenes de los tratamientos psicológicos para tics está el entrenamiento en inversión del hábito: es una técnica originaria de Azrin de 1973, actualmente continua vigente con algunas modificaciones cómo es el poner especial atención en las señales o sensaciones pre-

monitorias.

Piacentini et al. 2010, publican un ensayo clínico con el objetivo de determinar la eficacia del tratamiento conductual. Comparan un grupo control que recibe terapia educativa de soporte y un grupo de intervención conductual completa (la CBIT: Comprehensive Behavioral Intervention for tics de Woods, Piacentini y Walkup) para tics cuyo componente principal es el entrenamiento de inversión de hábito, la mejora en el grupo CBIT es claramente significativa.

Otra intervención es la exposición y prevención de respuesta a los tics. Es una alternativa conductual estudiada desde 1994 (Verdellen, Hoogduin, Cath y Keijsers). El objetivo es exponer al sujeto a períodos de tiempo más prolongados a las sensaciones premonitorias mientras resisten la urgencia del tic (prevención de repuesta).

También deben ser tratadas las alteraciones conductuales que presente ya sean debidas al TDAH al Gilles de la Tourette.

Intervención psicológica en el Trastorno por Uso de Sustancias en adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

PONENTE: Rosa M. Díaz Hurtado. Psicóloga. Especialista Senior en la Unitat de Conductes Addictives en Adolescents del Servei de Psiquiatria i Psicologia Infantil i Juvenil del Hospital Clínic de Barcelona. Doctora en psicología y especialista en psicología clínica.

En la intervención psicológica en adolescentes que abusan de sustancias se deben tener en cuenta diversas circunstancias. Por un lado, los elementos sociales, culturales y evolutivos propios de esta etapa, que implican la necesidad de adaptar las intervenciones que se han venido utilizando tradicionalmente en los adultos con problemas de drogodependencia. Por otro lado, la frecuente comorbilidad del abuso de sustancias en esta edad con

otros trastornos psiquiátricos, entre los que se encuentra con una frecuencia de entre el 10 y el 25% el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (Charach et al., 2011; Wilens y Morrison, 2011).

El abordaje terapéutico del Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) en adolescentes que presentan TDAH requiere de una perspectiva integradora que combine, de forma flexible pero estructurada, elementos de la terapia



cognitivo-conductual junto con técnicas propias de la entrevista motivacional y de la terapia familiar sistémica (Hawkings, 2009; Dennis et al., 2004; Riggs et al., 2011). Además, la intervención en estos casos requiere la incorporación progresiva de los diferentes elementos terapéuticos en función del momento evolutivo en el que se encuentra la disposición al cambio del paciente (stagewise), así como una progresiva intensificación del tratamiento en función de la evolución (steppedbased).

En esta ponencia se revisarán los diferentes elementos

terapéuticos a incorporar en el tratamiento psicológico de los pacientes que presentan comorbilidad TUS-TDAH, entre los que se encuentran la psicoeducación sobre el TDAH y las drogas, el planteamiento de objetivos vitales, el balance decisional para promover cambios en el consumo, el aprendizaje de estrategias de organización, planificación y manejo de emociones, técnicas de autocontrol de la conducta, habilidades sociales, reestructuración de pensamientos desadaptativos y desencadenantes del consumo, manejo del ansia por consumir y prevención de recaídas.

VIERNES 17 DE MAYO

9-10:30 HORAS: MESAS REDONDAS

¿QUÉ TAL DUERME TU PACIENTE CON TDAH?

MODERADOR: José Ángel Alda Diez. Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Zaragoza. Especialista en Psiquiatría. Jefe de Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Coordinador de la Unidad de TDAH del Hospital Sant Joan de Barcelona. Coordinador de la Guía de Práctica Clínica sobre el TDAH del Ministerio de Sanidad.

TDAH, trastornos del sueño asociados y alimentación

PONENTE: María Izquierdo Pulido. Doctora en Farmacia y Master en Ciencias de la Alimentación y de la Nutrición. Profesora Titular de Nutrición y Bromatología de la Universidad de Barcelona. Coordinadora del Programa de Doctorado de "Alimentación y Nutrición" de la Universidad de Barcelona. Departamento de Nutrición y Bromatología, Facultad de Farmacia, Universidad de Barcelona.

Existen evidencias de diferente grado que apuntan a una relación entre alimentación, TDAH y alteraciones del sueño asociadas. Así, por ejemplo, deficiencias en ciertos micronutrientes, como hierro y zinc, podrían estar asociadas a un incremento de la agresividad, la hiperactividad y los desórdenes de conducta en niños y adolescentes. También, recientemente, se han publicado

estudios que demuestran que una alimentación inadecuada y desequilibrada, con ingestas elevadas de azúcares simples y/o de grasas saturadas, se relaciona con una mayor prevalencia de alteraciones en el comportamiento y en el sueño de niños y adolescentes. Además, no sólo los nutrientes sino otros componentes también presentes en los alimentos, como son los colorantes y edulcorantes



artificiales, pueden ejercer efectos negativos sobre la actividad y la atención de los niños, si bien todavía no se tienen datos concluyentes. Dadas estas posibles relaciones entre alimentación, TDAH y sueño, en esta ponencia

se revisará la evidencia científica publicada hasta la fecha y se indicarán unas recomendaciones dietéticas-nutricionales que puedan ayudar en el tratamiento del TDAH y de los trastornos del sueño asociados.

Tratamiento no farmacológico de los Trastornos del Sueño en el TDAH

PONENTE: M^a Ángeles Mairena García de la Torre. Psicóloga clínica. Unidad de TDAH. Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

Los trastornos del sueño son frecuentes en niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. La aplicación de hábitos de higiene del sueño apropiados puede prevenir problemas de sueño y favorecer el desarrollo. Entre estos hábitos, destaca el mantenimiento de rutinas estables, evitar siestas prolongadas y evitar el ejercicio físico o comidas abundantes antes de dormir. El momento de acostarse debe estar asociado a sensaciones de seguridad y tranquilidad. Sin embargo, cuando existen trastornos del sueño, es posible que las medidas de higiene del sueño no sean suficientes y que sea necesaria la aplicación de técnicas específicas. En general, se recomiendan técnicas basadas en principios de la terapia conductual. En el caso de insomnio en la infancia, se utilizan técnicas como el ritual presueño, la extinción gradual, la extinción estándar, el retraso de la hora de acostarse y los despertares programados. En adolescentes con insomnio, han mostrado utilidad las

técnicas cognitivas, como la reestructuración cognitiva, la resolución de problemas, las técnicas de relajación y la intención paradójica. En el tratamiento de algunas parasomnias (sonambulismo, terrores nocturnos, despertar confusional) se recomienda reforzar las medidas de higiene del sueño, acompañar al niño interfiriendo lo menos posible y asegurar medidas de seguridad para evitar daños al niño. En las pesadillas se utilizan técnicas conductuales (desensibilización sistemática, exposición), cognitivas (modificación del contenido del sueño, afrontamiento de la pesadilla mientras ocurre) y de desactivación (relajación, hipnosis). En cuanto al síndrome de piernas inquietas, el síndrome de retraso de fase, los movimientos rítmicos relacionados con el sueño y la narcolepsia, se recomienda aumentar las medidas de higiene del sueño. En el caso de síndrome de apnea-hipopnea, se utilizarán estas medidas hasta determinar la intervención médica adecuada.

Trastornos del Sueño y TDAH

PONENTE: Óscar Sans Capdevila. Neurofisiólogo. Coordinador de la Unidad Trastornos del Sueño. Servicio de Neurología Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu.

Los trastornos del sueño en el TDAH en niños y adolescentes son frecuentemente informados por los padres en aproximadamente un 25-50% de los casos. Clásicamente, los trastornos del sueño en el TDAH han sido adjudicados a los efectos secundarios del tratamiento farmacológico utilizado en estos individuos (especialmente los estimulantes). No obstante esto representa tan sólo la punta del iceberg, considerándose actualmente que existe una gama de trastornos del sueño en esta po-

blación en comparación con controles sanos, estadísticamente significativa e independiente del tratamiento farmacológico.

En la práctica diaria tanto niños como padres frecuentemente reportan que sus mayores dificultades se encuentran en el inicio del sueño (con resistencia a la hora de ir a la cama y un tiempo de conciliación aumentado), en el mantenimiento del mismo (frecuentes despertares nocturnos), y/o en su finalización (dificultad a la hora de le-



vantarse, con sensación de haber descansado poco y con una excesiva somnolencia durante el día). En el año 2009 en un metanálisis realizado por Cortese, se analizan en profundidad dichos parámetros (en una muestra de niños con TDAH versus controles sanos); describiéndose en esta población, una mayor resistencia a la hora de irse a la cama, con dificultades en la conciliación del sueño, y un aumento en la actividad nocturna, con excesiva somnolencia diurna comparándolo con niños sin TDAH.

Posteriormente otros trabajos reportan una mayor incidencia de síndrome de piernas inquietas (SPI), movimiento periódicos de piernas (MPPS), parasomnias y de trastornos respiratorios durante el sueño (TRS), lo que ha ratificado la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre TDAH y trastornos del sueño.

Como conclusión, parece imperativo incluir cuestiones específicas sobre el sueño en la historia clínica que hagamos a los pacientes con TDAH.

DSM-V. CÓMO AFECTAN SUS CAMBIOS A LA PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

MODERADOR: Luisa Lázaro García. Jefe de Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona. Profesora agregada interina del Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica. Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona. Miembro del IDIBAPS (Institut d'investigacions biomèdiques August Pi i Sunyer) y del CIBERSAM.

Redefinición de los Trastornos del Neurodesarrollo

PONENTE: Luisa Lázaro García. Jefe de Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona. Profesora agregada interina del Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica. Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona. Miembro del IDIBAPS (Institut d'investigacions biomèdiques August Pi i Sunyer) y del CIBERSAM.

La quinta versión del Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-V) realiza un proceso de actualización diagnóstica en el cual ha destacado su complejidad y controversia a la hora de realizar las diferentes modificaciones conceptuales. El primer gran grupo de trastornos lo constituyen los trastornos del neurodesarrollo, entendiéndose como tales las alteraciones o retrasos en el desarrollo de las funciones vinculadas a la maduración del sistema nervioso central, iniciadas en la infancia y con un curso evolutivo estable. Los síntomas de estos trastornos aparecen durante la maduración del cerebro y se corresponden con la actividad de complejos circuitos nerviosos. En este apartado se incluyen trastornos integrados anteriormente bajo el epígrafe de trastornos habitualmente diagnosticados en la infancia, niñez o adolescencia (DSM-IV). Forman este grupo, el retraso mental que pasaría a denominarse discapacidad intelectual, los trastornos de la comunicación, los trastornos del espectro autista, el trastorno de déficit de atención/hiperactividad, los trastornos del aprendizaje y los trastornos

motores. Especial importancia han tenido las modificaciones referentes al antiguo apartado de los trastornos generalizados del desarrollo (DSM-IV). Así, se ha adoptado un enfoque dimensional que establece una única categoría independiente para los trastornos del espectro autista, donde se fusionan las competencias sociales y comunicativas en una única dimensión, y se precisa la existencia de patrones restringidos y estereotipados de conducta, actividades e intereses para la realización del diagnóstico. También los trastornos de la comunicación han adquirido relevancia (trastorno del lenguaje y de trastorno de la comunicación social). Finalmente se presentará una muestra de pacientes prepúberes, atendidos en los recursos hospitalarios del Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil del Hospital Clínic de Barcelona, de especial gravedad y, en ocasiones, dificultad diagnóstica. Se tendrá en cuenta la nueva clasificación, intentándose ajustar los diagnósticos previos a los más actuales.



Nuevos trastornos en Psiquiatría Infantil y Juvenil en el DSM-5.

PONENTE: Soledad Romero Cela. Psiquiatra. Especialista Senior. Unidad de Referencia en Psiquiatría Infantil y Juvenil. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Institut de Neurociències. Hospital Clinic de Barcelona. Miembro de CIBERSAM.

En la nueva clasificación de las enfermedades mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM5) se proponen algunos cambios que afectan los diagnósticos y nomenclaturas psiquiátricas en niños y adolescentes. Destacan las modificaciones en los criterios del TDAH y otros trastorno externalizantes, los trastornos de adultos que pueden comenzar en la niñez: psicosis, trastorno bipolar, depresión y ansiedad, y se introduce un nuevo trastorno: trastorno disruptivo con disregulación del humor. El trastorno disruptivo con disregulación del humor tiene su origen en la investigación realizada en los últimos años sobre el trastorno bipolar (TBP) en niños y adolescentes. En un inicio se postuló que el TBP en niños y adolescentes podría manifestarse como irritabilidad crónica, sin embargo las investigaciones posteri-

ores pusieron de manifiesto que el curso es episódico y se aplicarían los criterios clásicos. Esto llevo a postular esta nueva categoría diagnóstica que englobara estos pacientes con irritabilidad crónica, hiperarousal y conducta disruptiva. Con esta categoría se espera que disminuya el número de pacientes que se diagnostican de forma errónea como TBP. Sin embargo se trata de un diagnóstico inespecífico cuyos criterios diagnósticos se solapan con otros trastornos existiendo el riesgo de que se incluyan pacientes muy heterogéneos y no se realice de forma adecuada el diagnóstico diferencial con otras categorías. Presentaremos datos sobre una muestra de pacientes que cumplirían criterios de este trastorno, en los que exponemos las características demográficas así como diagnóstico actual y tratamiento.

Autolesiones no suicidas, un nuevo diagnóstico: implicaciones clínicas

PONENTE: Montserrat Graell Berna. Especialista en Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid. Miembro de CIBERSAM.

Las autolesiones es un fenómeno relativamente frecuente en la adolescencia, no se considera un intento suicida; la acción auto-lesiva en general es utilizada por el paciente por diferentes razones: para aliviar el afecto angustioso, infligir auto-castigo y/o provocar estrés en las personas significativas. Es un acto intencionado pero no encierra deseos de muerte y es probable que la etiología sea al menos en parte distinta a la conducta suicida per se. Es cierto que puede asociarse a conductas suicidas a lo largo de la vida del paciente, sugiriendo que las autolesiones y su mecanismo psicopatológico están en la misma trayectoria etiopatogénica. No ha formado parte de ninguna de las clasificaciones actuales y aparecerá en

el próximo DSM-V, lo cual es posible que tenga consecuencias en diferentes campos: incremento de la investigación del curso, naturaleza y pronóstico de tales comportamientos, decisiones de tratamiento más específicas e incluso mejoría de la comunicación entre paciente y terapeuta. En la ponencia discutiremos si el síndrome merece la categoría de trastorno por su prevalencia, historia natural, grado de alteración psicopatológica y especificidad respecto a otros trastornos. Presentaremos la casuística del síndrome de auto-lesiones no suicidas en una muestra de adolescentes con psicopatología grave que han requerido ingreso psiquiátrico por diferentes motivos y discutiremos la utilidad clínica del nuevo diagnóstico.



12-13:30 HORAS: MESAS REDONDAS

MÁS ALLÁ DEL DSM-V: NUEVAS PATOLOGÍAS EMOCIONALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Coordinadora: Profesora D^a María Jesús Mardomingo Sanz. Profesora de Psiquiatría Infantil de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Profesora invitada de la Universidad de California en Los Ángeles, de la Universidad de Nueva York y de la Universidad de Lima en Perú. Presidenta de Honor de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA). Antigua Jefa del Servicio de Psiquiatría y Psicología de Niños y Adolescentes del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid.

Objetivo: acercarse a la realidad de nuevos fenómenos crecientes en nuestra sociedad actual que causan malestar emocional, psicopatología en niños y adolescentes pero no se contemplan en las clasificaciones diagnósticas al uso.

Acoso escolar. Factores individuales y sociales.

PONENTE: Jaime Moyá Querejeta Psiquiatra infantil. Barcelona. Unitat de Psiquiatria Infantil i Juvenil Hospital Clinic Universitari Barcelona.

Se debatirá el papel del psiquiatra en este fenómeno que llega con frecuencia a nuestras consultas. El origen del término se encuentra en los 80' (Dan Olweus). "Un estudiante es víctima de acoso escolar cuando está expuesto, de forma reiterada a lo largo del tiempo, a acciones negativas por parte de otro u otros estudiantes". Condiciones: desequilibrio de fuerza o poder. La víctima no lo es sólo de ataques del agresor sino del clima social del grupo. Los alumnos inmersos en problemática agresión-victimización suelen aparecer como poco reconocidos, rechazados o aislados. El grupo favorece esta dinámica, encubre situaciones de abuso y muestra escasa preocupación por las víctimas. Sintomatología del acosado: ansiedad, miedo, fobia a la escuela, pérdida de autoestima,

Victimización secundaria: consiste en buscar la causa del acoso en la propia víctima y presentarla como agresora; la tímida rebelión del acosado da argumentos al acosador para legitimarse provocando ambigüedad. Intervención en la escuela: a menudo cumplen con los trámites administrativos pero no erradican el problema o se resuelven con un cambio de centro del alumno.

Prevención: enseñanza en habilidades sociales y equipos de mediación de conflictos.

Protocolo: Detección de los casos de acoso. Sensibilización a alumnado y profesores. Encuestas anónimas. Trabajar con familias. Inteligencia emocional. Círculo del tiempo. Apoyo de iguales.

Restauración.

Síndrome de alienación parental.

PONENTE: María José Ruiz Lozano. Psiquiatra infantil. Murcia.

Se discutirá la validez de este constructo que es un conjunto de síntomas del niño, a raíz del divorcio, consistentes en la denigración y rechazo del padre antes amado.

Surge en el contexto de las disputas por la custodia del hijo.



Mecanismos: Lavado de cerebro del niño por parte del progenitor alienante.

Contribución del hijo a la denigración del progenitor alienado.

Exageración de las debilidades y defectos del progenitor alienado.

Ruptura y destrucción del vínculo afectivo padre-hijo.

Es una forma de abuso o maltrato psicológico del hijo con consecuencias en ocasiones irreversibles. Descrito por Richard Gardner, en 1985. Experto psiquiatra infantil y forense. Gardner alertó al sistema legal, padres y profesionales de salud mental sobre una situación anómala que comenzaba a organizarse, que podría tener efectos desastrosos si pasa desapercibida o incluso potenciada desde

la ignorancia o la inercia propia de estos procesos tan conflictivos y a veces dramáticos. El hijo se alía fuertemente con uno de los padres y se niega a relacionarse con el otro, en el contexto de las disputas del divorcio y sin que esté justificado.

Está descrito en la literatura con otras denominaciones: “Alianzas y lealtades patológicas del hijo en contra de un progenitor” (Kelly, Lund).

No figura como tal en las Clasificaciones Psiquiátricas Internacionales (CIE, DSM).

“Niños sobrecargados que tienen que lidiar con los conflictos de los padres a expensas de sus propias necesidades” (Wallerstein).

Se constata en la práctica clínica.

Ciberbullying, grooming, sexting y otros fenómenos de e-malestar entre los nativos digitales.

PONENTE: Pedro Manuel Ruiz-Lázaro. FEA Psiquiatría Infanto-Juvenil, Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Profesor asociado de la Universidad de Zaragoza. Investigador Asociado del Instituto Aragonés de Ciencias de Salud. Coordinador del Grupo ZARIMA y ZARIMA PREVENCIÓN de la Unidad Mixta de Investigación Hospital Clínico Universitario - Universidad de Zaragoza.

Dar a conocer la importancia de considerar la diferencias en el uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) por parte de los nativos digitales, los niños y adolescentes que acuden a la consulta de un psiquiatra (emigrante digital). Aproximarse al empleo de la Web 2.0, las Redes sociales: comunidades online, en Internet como Facebook (facebook.com), Tuenti, Nettby (nettby.es). MySpace, donde “Tú creas tu perfil” y “Si no estás no eres del mundo”, que se han convertido en una prolongación de la vida adolescente que hasta 2,5 millones de españoles usan a diario. (15% internautas) Y los Chat, Messenger, Foros, Wikipedia, la blogmanía, Vi-Clone, Second Life... En una Internet con riesgos: contenidos delictivos: apología del terrorismo, nazismo, por-

nografía infantil; contenidos inapropiados: páginas web pro-ana, pro-mia, pro-SI, pornografía; problemas de seguridad: acoso sexual cibernético, ciberbullying, grooming, sexting y de adicción: messenger, ciberludopatía, al sexo virtual o alas propias TIC, al móvil o a las redes sociales.

Y analizar los videojuegos, los Hikikomori, los adictos a las tecnologías como los móviles, los adulescentes, en este mundo icónico y virtual en el que nos movemos en el siglo XXI en la “Galaxia Marconi”. En plena “Era o Edad de la Información” (Castells, 1998), en la que las nuevas tecnologías, los inventos y las innovaciones se desarrollan a ritmo vertiginoso. Y a la que debemos adaptarnos tecnológica y emocionalmente.



PAIDOPSIQUIATRIA PERINATAL: PAIDOPSIQUIATRIA PSICOSOMÁTICA EN NEONATOLOGÍA (LA INTERCONSULTA PSIQUIÁTRICA EN NEONATOLOGIA).

MODERADOR: Óscar Herreros Rodríguez. Médico especialista en Psiquiatría. FEA de la UGC-SM (Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil) del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Director de la Revista de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Representante 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.

La atención psiquiátrica de los padres de neonatos con problemas.

PONENTE: Belén Rubio Morell. Médico especialista en Psiquiatría. 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.

Prof. Dr. Juan Capafons Bonet. Catedrático del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de la Laguna, Tenerife.

Instituto de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona. Profesora agregada interina del Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica. Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona. Miembro del IDIBAPS (Institut d'investigacions biomèdiques August Pi i Sunyer) y del CIBERSAM.

Frente al binomio de la atención psiquiátrica del adulto (médico-paciente), en Paidopsiquiatría siempre es un polinomio (medico-niño/adolescente- madre-padre-familiares-escuela-amigos).

Polinomio que, en asistencia del neonato, si bien se requiere una especial atención de la díada maternofilial, sigue presente. Presencia que incluso, en ocasiones, precisa y requiere una mayor atención de los otros elemento del polinomio diferentes de nuestro protagonista princi-

pal: el bebe. Y en concreto y especialmente de los padres, cuando las ilusiones, proyectos y expectativas generadas con el embarazo se cuestionan o tambalean , pudiendo ser necesaria desde una específica atención psiquiátrica a una psicoeducación y/ apoyo psicosocial.

Así el propósito de esta ponencia es plantear la asistencia psiquiátrica a los padres de los neonatos, especialmente de los prematuros y bebes con dificultades y/o patologías: apoyo, psicoeducación y asistencia.



La atención psiquiátrica del bebé (en un programa de enlace de psiquiatría perinatal).

PONENTES: Inmaculada Palanca. Médico especialista en Psiquiatría. Médico Adjunto. Responsable de la Unidad de Psiquiatría Infanto-juvenil. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro - Majadahonda.

Ibone Olza. Médico especialista en Psiquiatría. Médico Adjunto. Coordinadora del Programa de Psiquiatría Perinatal. Unidad de Psiquiatría infanto-juvenil. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro - Majadahonda.

El nacimiento de un hijo o hija prematuro-a o gravemente enfermo-a y su ingreso en la Unidad de Neonatología supone un estrés psíquico muy significativo para las familias que puede entorpecer o alterar el inicio del vínculo parento-filial y mediante dicho efecto incidir negativamente en el desarrollo psicomotor y afectivo posterior (Muller-Nix, 2004; Tarrago, 2003; Vega, 2006). La Interconsulta con Neonatología tiene como objetivos la detección precoz e intervención en cuadros psicósomáticos del bebé, psiquiátricos paténtales o vinculares secundarios a la hospitalización así como la colaboración asistencial en los casos complejos, con su seguimiento al alta hospitalaria en Consulta Externa de Psiquiatría Perinatal en los casos que lo requieran. Las intervenciones clínicas consisten en: apoyo psicoeducativo a familiares, individual y mediante grupos de apoyo y/o escuela de pa-

dres; valoración neonatal con Escala de Brazelton, intervención directa en casos seleccionados mediante modelo de intervención en crisis o bien de observación guiada de la interacción vincular mediante videofilmación (Pérez-Mínguez, 2001). Se completa con un seguimiento específico de seguimiento conjunto materno-neonatal en casos de lactancia con toma de psicofármacos por la madre.

El programa de Enlace con la Unidad de Neonatos se estructura en torno a la participación semanal en reuniones clínicas de Neonatología, creando un espacio de enlace con neonatólogos y personal de enfermería.

Nuestro principal objetivo es presentar la atención al bebé. En los lactantes, el motivo más frecuente de Interconsulta han sido las dificultades con la alimentación y ganancia ponderal, así como la irritabilidad.

Repercusiones y consecuencias de la inmadurez (prematuridad), complicaciones y patologías del neonato a medio (infancia) y largo plazo (adolescencia y adultez).

PONENTE: Xavier Gastaminza Pérez. Médico especialista en Psiquiatría. Unidad de Paidopsiquiatría Psicósomática, Área Materno-Infantil. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. Universidad Autónoma de Barcelona.

Si bien se podría decir que de “siempre” ha existido la atención al neonato, se sitúa en el año 1892, en Francia, su inicio con el tratado sobre prematuros de Pierre Budin. Ahora bien, realmente su desarrollo se inició en los años 70, para ser en los 80 cuando se constituye en especialidad y se inicia su florecimiento y desarrollo. En los últimos años hemos asistido a un vertiginoso progreso evidenciable en lo asistencial, en la aplicación de protocolos de investigación, en la integración de equi-

pos multidisciplinarios, en la remodelación de servicios y en la utilización de tecnologías modernas cada vez más sofisticadas. Todo ello ha producido una notable disminución de la mortalidad neonatal incluso en los pacientes de menor peso y menor edad gestacional. La supervivencia RN de 1000 a 1500 grs. ya se aproxima al 100 por 100, y en pacientes menores de 1000 grs., hasta hace no mucho excluidos de las estadísticas, en el grupo de entre 750 y 1000 grs. la supervivencia alcanza el 80 % en las Unidades de



Cuidados Intensivos terciarios.
Es nuestro principal objetivo recoger la situación ac-

tual del conocimiento de la evolución de estos niños a medio y largo plazo.

16:30-18 HORAS: MESAS REDONDAS

SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL (SAP): LA CLÍNICA QUE SE LE PASA AL CLÍNICO.

MODERADOR: Roberto Belmonte Trigueros. Psiquiatra adjunto a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Vega Baja de Orihuela (Alicante).

SAP: descripción y detección

PONENTE: José Manuel Aguilar Cuenca. Licenciado en Psicología por la Universidad de Granada, especialista en psicología clínica y forense. Es autor de multitud de artículos en revistas especializadas y periódicos, así como de cuatro libros que tratan distintos temas de psicología jurídica que se han convertido en libros de referencia en lengua castellana, con numerosas ediciones y traducciones a otros idiomas: Síndrome de Alienación Parental (2004), con Mamá y con papá (2005), Tenemos que hablar (2008) y Parental alienation, DSM-5 and ICD-11 (2010), así como dos guías para el Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid que abordan el divorcio. En la actualidad sigue trabajando como psicólogo judicial, actividad que compagina con su actividad como novelista y docente en cursos de postgrado, lo que le ha llevado a visitar diversos países donde ha sido ponente.

El divorcio de una pareja con hijos acarrea una ruptura del proyecto de vida de todos los miembros de la unidad familiar. La forma que tiene el divorcio en nuestro país: adversarial, idiosincrática y asimétrica, ocasiona que padres e hijos se tengan que enfrentar a situaciones que provocan severas consecuencias en su salud mental. Debido a que tienen que recorrer obligatoriamente hitos judiciales que pueden ir desde declarar contra el otro, exponer lo que antes se quedaba en la intimidad de la pareja o enfrentarse por la custodia, el nivel de ansiedad se eleva a cotas extremas, que suelen sumarse a todo tipo de sintomatología depresiva.

En los niños, la literatura lleva refiriendo desde hace cuatro décadas los procesos de manipulación que vienen sufriendo. Triangulación, parentificación o síndrome de alienación parental son algunos de ellos. El conflicto de

lealtades al que se ven sometidos genera en ellos todo tipo de consecuencias físicas y psicológicas. Sin conocer cómo se desarrollan estos procesos se hace muy difícil acertar en el tratamiento, en tanto se está ignorando la etiología de los síntomas que encontramos en la clínica. Desde su enunciado, allá por 1986, el concepto de Síndrome de Alienación Parental es el problema relacional más frecuente al que nos enfrentamos en el día a día de estas familias. Las publicaciones técnicas en más de cincuenta estados avalan su presencia universal en los divorcios contenciosos, trayendo consecuencias que alcanza a la construcción del sujeto adulto.

En la ponencia expondremos la dinámica familiar que se produce, los síntomas e indicadores comunes y sus consecuencias a medio y largo plazo en la salud mental de todos los miembros.



Los síntomas que más confunden al clínico. El papel del psiquiatra infanto-juvenil en el abordaje terapéutico del SAP.

PONENTE: Javier Sempere Pérez. Psiquiatra adjunto al Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Vega Baja de Orihuela (Alicante). Presidente de la Asociación Salud Mental de Elche. Terapeuta de familia.

Si bien el SAP aún no ha sido incluido en los manuales diagnósticos que manejamos los psiquiatras infanto-juveniles, somos cada vez más los clínicos que tomamos conciencia de la sintomatología que el manejo emocional realizado por algunos adultos produce en los niños. Expresiones clínicas diversas a menudo confundidas con síndromes depresivos, conductuales e incluso psicóticos podrían ser reversibles si los clínicos fuéramos capaces de detectar las acciones alienadoras a las que algunos niños son sometidos. Desde la experiencia de una unidad de salud mental infanto-juvenil, describimos que hasta un porcentaje nada desdeñable del 10% de consultas atendidas tanto en el centro ambulatorio como en paci-

entes ingresados en planta podrían ser motivadas por un SAP. Sin embargo, para la mayoría de los clínicos este síndrome es aún desconocido y, sin saberlo, caen en la maraña de la alienación realizando intervenciones o emitiendo informes clínicos que fomentan aún más la separación del niño respecto al supuesto miembro parental “malo” y agravan su sintomatología. Es por tanto vital la formación de todo profesional clínico en este complejo síndrome y el aprendizaje en modos de intervención eficaz así como su coordinación con otros profesionales de ámbitos sociales y legales. Aportamos viñetas clínicas y material audiovisual para ilustrar la ponencia.

SAP: aspectos legales e implicaciones del clínico.

PONENTE: José Luis Samariego. Licenciado en Derecho y Mediador familiar, ex asesor del CGPJ y Ministerio Asuntos Sociales, la Generalitat de Catalunya, la Xunta de Galicia y la Junta de Andalucía.

Desde 2003 el Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha considerado la alienación parental como una forma de maltrato infantil, expresando que es aquella forma que tiene un progenitor de forma consciente o inconsciente de actuar sobre un menor, con el objeto de alejar a éste del otro progenitor.

Los psicólogos y psiquiatras que han estudiado este nuevo fenómeno que afecta a la salud mental de miles de niños y niñas en el mundo occidental y desarrollado, han dado múltiples y variopintas explicaciones a la existencia de ésta forma de tratar a la prole: existencia de un trastorno compulsivo del progenitor alienador, ánimo de venganza, incapacidad de superar el fracaso de su proyecto vital de pareja, culpabilización de todo a los demás, etc.

He leído mucho y estudiado sobre este fenómeno de la alienación parental, pero después de haber llevado mas de 5.000 procesos de rupturas de parejas, en caso de existir hijos, cuando el este fenómeno aparece, el único denominador común que encuentro es: el ansia por el control, la lucha por el poder, fundamentalmente de los recursos, esto es, por el dinero.

¿Qué hacer cuando se detecta la manipulación mental de menores como arma contra el otro progenitor, de tal forma que afecta a la salud mental del menor? ¿Qué hacemos cuando en un centro de salud o educativo detectamos que un menor es maltratado física o psicológicamente? Esta ponencia intentará resolver esas dudas desde el punto de vista jurídico.



USOS TERAPÉUTICOS DEL AJEDREZ EN PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

MODERADOR: Hilario Blasco Fontecilla. Médico Psiquiatra Infanto-Juvenil, CSM de Villalba, Hospital Puerta de Hierro.

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

PONENTE: Juan Antonio Montero. 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.

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

PONENTE: Lorena García Afonso. Psicóloga, Facultad de Psicología. Campus de Guajara. Universidad de 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.



Jaque Mate al TDAH: un proyecto piloto

PONENTE: Hilario Blasco Fontecilla. Médico Psiquiatra Infanto-Juvenil, CSM de Villalba, Hospital Puerta de Hierro.

Introducción: no hay ninguna experiencia sobre el posible uso terapéutico del ajedrez en niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) publicada e indexada en el PUBMED.

Objetivo: examinar la eficacia del ajedrez como herramienta terapéutica en niños y adolescentes con TDAH.

Métodos: Los padres de 44 niños de entre 6 y 17 años con un diagnóstico primario de TDAH dieron el consentimiento informado para participar en este estudio. Los padres completaron la versión española de la Swanson, Nolan and Pelham Scale for parents (SNAP-IV) y la versión abreviada de la Conners Rating Scales for parents (CPRS-HI) antes y después de que sus hijos entraran en un programa de ajedrez de 11 semanas de duración. Se usó un estadístico t test para comparar las medidas antes y después de la intervención con ajedrez. Asimismo, se

calculó la d de Cohen para medir la magnitud del efecto. El nivel de significación estadística se estableció en $p < 0.05$.

Resultados: Los niños y adolescentes mejoraron en ambas escalas: SNAP-IV ($t=6.23$; d.f.=41; $p < 0.001$); CPRS-HI (5.39; d.f.=33; $p < 0.001$). Además, el tamaño del efecto fue abultado tanto en la SNAP-IV ($d=0.96$) como en la CPRS-HI ($d=0.92$), lo cual sugiere que el ajedrez mejoraría de manera importante la clínica del TDAH. Además, la mejoría se dio independientemente del género, y en niños con y sin tratamiento farmacológico. Aunque se beneficiaban todos los niños, una elevada inteligencia se asociaba a una mejoría más importante.

Conclusiones: Aunque nuestros resultados son preliminares, sugieren que jugar regularmente al ajedrez es una alternativa terapéutica para el ajedrez.

EFFECTOS SECUNDARIOS: SIN MIEDO Y CON CABEZA

MODERADORA: Ana Figueroa. Psiquiatra infantil. Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Hospital Perpetuo Socorro, Las Palmas de Gran Canaria.

Se revisarán de forma sistemática los efectos secundarios (ES) frecuentes y leves, y raros y graves de las medicaciones más utilizadas en psiquiatría infantil y adolescente. Se tratarán la manera de manejarlos, según los estudios y guías clínicas publicadas más recientemente. También la manera de prevenirlos en la práctica diaria. Será una mesa eminentemente práctica, con casos clínicos.

Manejo de efectos secundarios de la medicación para el TDAH: metilfenidato y atomoxetina.

PONENTE: César Soutullo. Psiquiatra infantil. Director de la Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

El metilfenidato (MTF) y la atomoxetina (ATX) son las dos medicaciones de primera línea disponibles en España para el tratamiento del TDAH.

El Dr. Soutullo revisará los efectos secundarios de

MTF y ATX, centrándose en los más frecuentes: pérdida de apetito, insomnio de conciliación y molestias gastrointestinales; y también en la seguridad cardiovascular.

MTF y ATX son seguros en niños y adolescentes. Los



ES más frecuentes son molestos, pero rara vez hay que suspender el tratamiento por esto. A veces el clínico debe disminuir la dosis. Otras veces están indicados cambios como: intensificar las medidas de higiene del sueño, reforzar el desayuno y la cena, adelantar o retrasar tomas,

entre otras. No existe asociación entre MTF o ATX y toxicidad cardiaca, en pacientes sin cardiopatía previa o historia familiar de muerte súbita. La seguridad cardiaca de ambos fármacos está documentada en muestras amplias.

Manejo de efectos secundarios de la medicación para la manía: antipsicóticos atípicos y estabilizadores del humor.

PONENTES: José Ángel Alda. Jefe de Sección. Psiquiatra infantil. Servicio de Psiquiatría y Psicología, Hospital San Juan de Dios, Barcelona.

Pilar de Castro. Psiquiatra Infantil. Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona. Psiquiatra infantil.

Recientemente se ha producido un importante incremento en el uso de antipsicóticos, fundamentalmente de segunda generación, en niños y adolescentes. En muchas ocasiones se indican fuera de ficha técnica, o con una duración o dosificación superiores a las aprobadas.

Existen pocos estudios controlados y de calidad que evalúen la seguridad y tolerabilidad de estas medicaciones en población pediátrica. El Dr. Alda revisará sus efectos secundarios, centrándose en: síndrome metabólico, efectos extrapiramidales, hiperprolactinemia (fundamentalmente con risperidona) y agranulocitosis (fundamentalmente con clozapina). Se revisarán las principales recomendaciones publicadas sobre su manejo tales como: dieta equilibrada, ejercicio físico, analíticas periódicas, medición del IMC y tensión arterial periódicamente, entre otras.

Los estabilizadores del humor son el tratamiento de primera línea en la enfermedad bipolar. Son fármacos se-

guros y bien estudiados. Sin embargo, sus ES pueden ser motivo de complicaciones en el curso de la enfermedad, y de falta de adherencia al tratamiento.

La Dra. de Castro revisará los ES de los estabilizadores del humor, fundamentalmente aumento de apetito (resultando en ganancia ponderal), ovario poliquístico, inducción o inhibición del P450 (con la consecuente interacción con otros fármacos), y rash (fundamentalmente con lamotrigina).

Los efectos secundarios más frecuentes del litio: neurotoxicidad y alteraciones renales y tiroideas; que precisan controles periódicos de litemia, y función renal y tiroidea.

La hiperamonemia y la pancreatitis son ES infrecuentes pero que hay que vigilar y sospechar en caso de aparición de síntomas compatibles.

Un seguimiento protocolizado y el manejo precoz de los ES pueden disminuir las consecuencias negativas.

Manejo de los efectos secundarios de la medicación para la depresión y ansiedad: ISRS.

PONENTE: Ana Figueroa. Psiquiatra infantil. Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Hospital Perpetuo Socorro, Las Palmas de Gran Canaria.

Los trastornos de ansiedad y depresivos son frecuentes en niños y sobre todo en adolescentes. Pueden provocar consecuencias muy negativas para el joven, y es importante tratarlos cuanto antes. La terapia cognitivo

conductual es el tratamiento de elección. Los ISRS son el tratamiento farmacológico de primera línea, indicados cuando los síntomas son moderados o graves.

La Dra. Figueroa abordará los ES de los ISRS, tratando



fundamentalmente: cefalea, desinhibición conductual, y acatisia. También revisará la controversia sobre la posible inducción de ideas e intentos de suicidio de los ISRS. Las ideas de suicidio son frecuentes en población pediátrica general (es decir, en niños y sobre todo en adolescentes, sin patología psiquiátrica y sin tratamiento psicofarmacológico). Además, también son un posible síntoma depresivo. De hecho, la depresión es la primera causa de suicidio. Sin embargo, algunos estudios sugieren que los ISRS pueden aumentar ligeramente el riesgo de ideas de suicidio, sobre todo: las primeras semanas de

tratamiento, y si el joven presenta manía, agitación, o suicidabilidad basal. A pesar de la alarma surgida, muchos expertos señalan que no hay suficientes datos sobre la asociación de ideas de suicidio con el uso de ISRS, y que podrían deberse a la depresión (advirtiendo que es lo más probable).

Sin embargo, es necesario informar a la familia sobre posibles ES y qué signos vigilar, y el clínico debe monitorizar no sólo la efectividad, sino también la tolerancia de las medicaciones que prescribe.

SÁBADO 18 DE MAYO

9-10:30 HORAS: MESAS REDONDAS

CONDUCTA AUTOLESIVA SUICIDA Y NO SUICIDA EN ADOLESCENTES EVALUADOS EN MEDIOS CLÍNICOS: ¿UNA REALIDAD EMERGENTE?

MODERADOR: Juan José Carballo Belloso. Psiquiatra infantil y de la adolescencia. Coordinador de la Unidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Fundación Jiménez Díaz.

Conducta suicida y conductas autolesivas no suicidas en la infancia y adolescencia.

PONENTE: Hilario Blasco Fontecilla. Médico Psiquiatra Infanto-Juvenil, CSM de Villalba, Hospital Puerta de Hierro.

El suicidio, a pesar de ser una conducta poco frecuente en la infancia adolescencia como causa de muerte en términos absolutos, es la tercera causa de muerte en términos relativos en los sujetos de entre 10 y 24 años. La entidad psicopatológica que subyace con mayor frecuencia en los suicidios infanto-juveniles es la depresión. Por otra parte, a partir de la adolescencia, los intentos de suicidio y las conductas autolesivas no suicidas se presentan de manera más frecuente en las niñas que en los niños. El objetivo de la presente comunicación es ofrecer un panorama general de la epidemiología, clínica, y trata-

miento de las conductas autolesivas no suicidas y conductas suicidas en la población infanto-juvenil. Algunos aspectos destacados serán qué características clínicas y qué eventos precipitantes se relacionan con estas conductas. Asimismo, se abordará el uso de antidepresivos y su controvertida relación con las conductas suicidas. Para ello, se revisará la literatura más relevante, incluyendo los estudios TADS, TORDIA y TASA, y el efecto Black Box en la incidencia de conductas suicidas. Finalmente, se abordarán las posibles estrategias preventivas.



Estudio sobre la prevalencia y los factores de riesgo de la ideación suicida y las conductas autolesivas, tanto suicidas como no suicidas, en la adolescencia.

PONENTE: Mónica Díaz de Neira Hernando. Psicóloga Clínica. Unidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Centro de Especialidades Argüelles. Fundación Jiménez Díaz.

En España el suicidio es la primera causa de muerte violenta entre los adolescentes. La elevada prevalencia y el impacto socio-sanitario que suponen las conductas suicidas hacen necesaria una comprensión exhaustiva del problema, que nos permita diseñar programas eficaces de tratamiento desarrollados sobre la base de los hallazgos empíricos. El objetivo de la presente comunicación es mostrar los resultados de un estudio acerca de las conductas autolesivas suicidas y no suicidas en adolescentes atendidos en las consultas externas del Unidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia de la Fundación

Jiménez Díaz. Este estudio ha sido realizado gracias a la I Beca de Investigación de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. El estudio determina la prevalencia de la ideación suicida, las conductas autolesivas no suicidas y las conductas autolesivas suicidas en una muestra de pacientes adolescentes con edades comprendidas entre los 11 y los 18 años. Así mismo se establecen los factores de riesgo tanto sociodemográficos como clínicos asociados de forma diferencial a la ideación suicida y a las conductas autolesivas suicidas y no suicidas.

Experiencia de tratamiento en hospital de día de conductas autolesivas en adolescentes.

PONENTE: Joaquim Puntí Vidal. Psicólogo clínico. Coordinador del Hospital de Día de adolescentes de Salud Mental, Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí de Sabadell (Barcelona). Profesor asociado, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Barcelona.

Las conductas autolesivas son frecuentes en la adolescencia, constituyendo un motivo de consulta relativamente habitual en entornos clínicos. Sin embargo, el tratamiento de las mismas tradicionalmente no ha gozado de los resultados deseados, siendo motivo de frustración por parte de clínicos, padres y educadores.

La complejidad del tratamiento de estas conductas estriba en que la mayoría de adolescentes que las presentan son incapaces de encontrar una explicación racional a estas conductas, así como que las causas o trastornos que pueden conducir a la realización de las mismas son diversas, encontrando un abanico de pacientes que incluiría desde aquellos que realizan esta conducta de forma ocasional, esporádica y habitualmente relacionada con estresores familiares o escolares, a aquellos otros que realizan esta conducta de forma reiterada y en el contexto de factores psicológicos idiosincráticos.

El objetivo de la ponencia es presentar una propuesta de manejo clínico y tratamiento psicológico de estas conductas desde un dispositivo de hospitalización parcial, en base a un tratamiento de características cognitivo-conductuales, con implicación tanto del paciente como de los padres o educadores, dirigido, especialmente, a modificar estados emocionales del paciente, así como a intervenir sobre el criticismo familiar, factores con frecuencia asociados a este tipo de conductas.

Las técnicas utilizadas en hospital de día incluyen procedimientos centrados en los antecedentes (control de estímulos) y consecuentes de la conducta, como los dirigidos a incrementar el nivel de competencia del adolescente en distintas áreas de vida (entrenamiento en habilidades sociales, resolución de problemas, habilidades de autocontrol emocional, entrenamiento en autoinstrucciones y terapia cognitiva, principalmente).



BASES NEUROBIOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES DE LOS TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS EN LA ADOLESCENCIA

MODERADOR: Tomás J. Cantó Díez. Médico Psiquiatra. Coordinador de Salud Mental Infantil de Alicante (HGUA, HUSJ). Unitat de Salut Mental Infantil d'Alacant – HGUA.

Adolescencia, desinhibición neuroconductual y consumo de sustancias.

PONENTE: Javier Goti Elejalde. Médico psiquiatra. Especialista Senior. Unidad de Conducta Adictivas en la Adolescencia (UNICA-A). Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clinic de Barcelona.

Actualmente múltiples investigaciones apoyan el concepto de que en las adicciones a sustancias psicoactivas subyacen procesos neurobiológicos que mantienen la evolución autónoma del proceso adictivo una vez este se ha establecido (Koob, 2001). Estos procesos se manifiestan en forma de adaptaciones de sistemas y circuitos cerebrales que se generan ante la exposición continuada a sustancias psicoactivas. Tales modificaciones funcionales y estructurales son verificables mediante paradigmas como la neuroimagen. Por otro lado, la vulnerabilidad para que este proceso llegue a darse varía entre sujetos y

depende de factores ambientales e individuales. Durante la adolescencia, la convergencia entre fenómenos madurativos y neurobiológicos fisiológicos por un lado, y la expresión clínica de problemas psicopatológicos latentes por otro, pueden contribuir al desarrollo de hábitos de consumo (Clark, 2011). Estos a su vez pueden conducir a una dependencia. Esta ponencia intentará delimitar, en base a la literatura científica disponible y a datos de investigaciones propias, qué elementos clínicos pueden ayudar a identificar perfiles de sujetos especialmente vulnerables al desarrollo de hábitos de consumo de sustancias.

Efectos neuropsicológicos y factores individuales asociados al consumo de cannabis en adolescentes.

PONENTE: Laura Aso Gros. Licenciada en psicología. Máster de Psiquiatría y Psicología de la infancia y la adolescencia. Investigadora colaboradora de la Unidad de Conductas adictivas en la Adolescencia. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clinic de Barcelona.

La adolescencia es una etapa de vulnerabilidad debido a los cambios estructurales cerebrales que se producen durante la misma. Por ello el consumo de sustancias en este periodo puede producir alteraciones en el desarrollo neuropsicológico y tener consecuencias a largo plazo. El cannabis es la droga ilegal más consumida entre los adolescentes de hoy en día, existiendo evidencias científicas que demuestran que este consumo puede tener consecuencias negativas tanto por sus efectos agudos como crónicos. En concreto, algunos investigadores sugieren que el consumo continuado en adultos se asocia a altera-

ciones en funciones intelectuales tales como la atención, la memoria y el funcionamiento ejecutivo (Solowij y cols., 1995). Estos procesos juegan un papel relevante en la toma de decisiones, la planificación de conductas y la inhibición de respuestas y la motivación. Por ello, la implicación que estos efectos pueden tener en el consumidor adolescente, es muy relevante y continua siendo objeto de debate. Entre otros aspectos urge identificar si esta asociación entre consumo de cannabis y posibles déficits cognitivos, está relacionada específicamente con la sustancia o está condicionada por otros factores. Re-



sulta especialmente importante valorar si determinadas disposiciones individuales (psicopatológicas, caracteriales, etc) modulan e incrementan los posibles efectos neurocognitivos del cannabis. Esta ponencia tiene como objetivo exponer y desarrollar los conceptos anteriores, y

a su vez, profundizar en los diferentes factores individuales que pueden influir en los efectos neuropsicológicos del cannabis. Entre ellos cabe destacar la vulnerabilidad genética, la edad de inicio y la severidad del consumo.

Influencia de la Dinámica Familiar en el desarrollo de Trastornos de Conducta y TUS.

PONENTE: Matias Real López. Médico psiquiatra. Coordinador del Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.

Se conoce el importante papel que juega la Dinámica Familiar (DF) como Factor de Vulnerabilidad/Riesgo en el desarrollo de psicopatología infanto-juvenil y su posterior evolución en la vida adulta, y como causa del Trastorno de Conducta (TD y TND) en la Adolescencia en particular.

La separación y los conflictos familiares, en general, se han relacionado con incrementos en el consumo de sustancias y el desarrollo de problemas de conducta (Sanz 2004, Gracia 2005, Tizón 2007). La influencia ejercida por el grupo de pares sobre el inicio en el consumo de sustancias y sobre las alteraciones de conducta está modulada por elementos de la DF (Dishion, 2002; Nenadović, 2012). La conducta conflictiva secundaria a la disfunción familiar se reproduciría en la escuela provocando rechazo de los compañeros y fracaso escolar (Duncan, 1998; Low S, 2012). Esto conduciría al adolescente a la marginación, a las conductas antisociales y al desarrollo de un Trastorno por Uso de Sustancias al

facilitar su asociación con pares en grupos antisociales (Roeser, 2000; Rutter, 1998).

Las investigaciones se han centrado en estudiar del papel que desempeñan las variables familiares en el desarrollo psicológico del niño y su evolución a problemas de conducta y otras formas de patología como el consumo de sustancias. Determinados patrones de comunicación dentro de la familia se relacionan con una menor tasa de disfunción familiar: predominio de mensajes de apoyo y refuerzo, siendo las madres más cálidas, atentas, afectuosas, y con mayor grado de aceptación (Oliva, 2007; Burstein, 2012; Mahabee-Gittens, 2011). Dichos patrones también presentarían menores niveles de criticismo, hostilidad y conflicto en las dinámicas de interacción entre los diferentes miembros de la familia; un mayor conocimiento de los padres sobre sus adolescentes reduce el uso de sustancias en los adolescentes e incrementa su calidad de vida (Hill, 2003; Jiménez-Iglesias, 2012).



DISCAPACIDAD INTELECTUAL, AUTISMO Y OTROS TRASTORNOS MENTALES.

MODERADORA: Mara Parellada Redondo. Psiquiatra, Doctora en Medicina, responsable de la unidad Atención Médica Integral a Trastornos del Espectro Autista (AMI-TEA), Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Inteligencia límite como factor de riesgo de trastorno mental grave.

PONENTE: Carmen Moreno. Psiquiatra infanto-juvenil. Doctora en Medicina. Servicio de Psiquiatría del Niño y el Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. Clinic de Barcelona.

Introducción: Los trastornos psiquiátricos graves de inicio precoz se asocian con elevada carga de factores de riesgo a nivel biológico. En pacientes con esquizofrenia de inicio temprano la presencia de alteraciones en el funcionamiento cognitivo premórbido es un hallazgo muy frecuente. A pesar de que existe controversia, la contribución de la aliteración de la inteligencia no parece limitarse a esta enfermedad. Método y resultados: En un estudio de seguimiento de adolescentes con psicosis de inicio temprano, que incluía trastornos del espectro de la esquizofrenia, trastornos afectivos y otros trastornos psicóticos, en el que la ausencia de retraso mental era uno de los criterios de inclusión, encontramos deterioro del funcionamiento cognitivo en comparación con el grupo control de adolescentes sin patología mental, manteniéndose las diferencias entre grupos durante el seguimiento a pesar de mejorar los parámetros clínicos¹. Discusión: Aunque la contribución de la capacidad intelectual al-

terada en la aparición y patoplastia de la enfermedad mental parecen variar en función del diagnóstico (Parellada et al, enviado), su frecuencia de aparición sugiere una vulnerabilidad etiológica compartida, que implicaría un posible desarrollo cerebral subóptimo y las aparición de consecuencias del mismo a nivel de neurodesarrollo.

En este simposium analizaremos la relación de la inteligencia límite con los trastornos mentales graves, especialmente aquellos de aparición en la infancia y la adolescencia desde la perspectiva del neurodesarrollo, las implicaciones pronósticas y los retos que plantean a nivel terapéutico.

1.- Bombin I, Mayoral M, Castro-Fornieles J, Gonzalez-Pinto A, de la Serna E, Rapado-Castro M, et al. Neuropsychological evidence for abnormal neurodevelopment associated with early-onset psychoses. *Psychol Med* 2012; 1-12.

Utilidad de los microarrays en el diagnóstico etiológico de los Trastornos del Espectro Autista.

PONENTE: Ángel Carracedo. Catedrático de Genética, Doctor en Medicina. Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica y Universidad de Santiago.

Introducción: La etiología de los trastornos del espectro autista (TEA) es compleja y en su mayor parte, desconocida, aunque existe una amplia evidencia de su base genética. Actualmente las causas médicas diagnosticables, básicamente anomalías citogenéticas y los

defectos de un solo gen, sólo representan una pequeña parte de los pacientes diagnosticados de TEA. La mayoría de los pacientes con TEA entran dentro de la categoría diagnóstica del autismo "idiopático". El cariotipo convencional y el estudio molecular de X frágil tienen



una rentabilidad diagnóstica menor de un 5%. Método y resultados: Hemos analizado retrospectivamente 200 historias clínicas de nuestro hospital, encontrando la misma rentabilidad diagnóstica que la reportada en la literatura realizando protocolo médico estándar y análisis genético convencional: cariotipo y X frágil, esto es, menos del 10% . Discusión: La técnica de CGH-arrays, desarrollada en la última década, permite la detección de variaciones en el número de copias (Copy Number Variations: CNV) de pequeño tamaño no detectables en un estudio de cariotipo convencional y así permite detectar microdeleciones o duplicaciones ya sean de novo o heredadas. La técnica de CGH arrays se ha demostrado eficaz en la detección de anomalías genéticas estructurales en el 15-20% de los

pacientes con RM siendo especialmente eficaz en los niños con autismo y retraso mental, con anomalías en el 22% de los casos. Se revisarán la rentabilidad diagnóstica y utilidad clínica de la técnica de microarrays en el diagnóstico etiológico de los TEA y se valorará el lugar que le corresponde en los protocolos de diagnóstico de autismo.

Referencias:

Miller D.T. et al. Consensus statement: chromosomal microarray is a first-tier clinical diagnostic test for individuals with developmental disabilities or congenital anomalies, *Am J Hum Genet.* 2010.

Shen Y, et al. Clinical genetic testing for patients with autism spectrum disorders. *Pediatrics* 2010; 125(4): e727-35.

De los Trastornos Generalizados del Desarrollo No Especificados a los trastornos mentales de diagnóstico en la edad adulta.

PONENTE: Pilar Martín Borreguero. Especialista en Psicología Clínica. Facultativo Especialista de Área Psicología en la Unidad de Salud Mental Infantil, Hospital Reina Sofía, Córdoba.

El diagnóstico de un trastorno generalizado del desarrollo no especificado tiende a utilizarse como diagnóstico de exclusión cuando no se satisfacen los criterios, bien en el número bien en la intensidad, de diagnóstico para el autismo o para el síndrome de Asperger. La prevalencia de los TGD-NOS es significativamente más alta que la prevalencia del autismo y el síndrome de Asperger y parece haber contribuido a aumentar el número de pacientes diagnosticados con un trastorno de espectro autista. El cuadro clínico se caracteriza por la presencia de una amplia variedad de alteraciones en las áreas de la interacción social y la comunicación junto con patrones de conducta aberrante y repetitiva de naturaleza muy heterogénea que dificulta la identificación de un perfil clínico único. La estabilidad del diagnóstico a lo largo de la vida es baja, si bien la presencia del cuadro sintomático en el niño constituye un indicador fiable de la alta probabilidad de padecer trastornos psiquiátricos a partir de la

segunda infancia y adolescencia. El 80% de los niños diagnosticados con un TGD NOS presenta una trayectoria de desarrollo compleja y caracterizada por la presencia de alteraciones y cuadros psiquiátricos diversos entre los que se destacan los trastornos afectivos, trastornos de conducta, trastornos de personalidad y trastornos dentro del espectro psicótico.

El nuevo concepto de trastorno de espectro autista propuesto por el DSM-5 no incluirá una alta proporción de niños con TGD-NOS y que, en el momento actual, reciben servicios psicopedagógicos y conductuales especializados para los niños con TEA. Durante la ponencia se debatirán las implicaciones de estos cambios diagnósticos así como formas de garantizar el cuidado clínico de este grupo de niños.



10:30-12 HORAS: MESAS REDONDAS

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL EN LA ADOLESCENCIA

Moderador: Profesor Pedro Manuel Ruiz Lázaro (MD, Ph D). Profesor asociado de la Universidad de Zaragoza. Doctor en Medicina. Especialista en Psiquiatría. FEA de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Investigador Asociado del Instituto Aragonés de Ciencias de Salud. Coordinador del Grupo ZARIMA y ZARIMA PREVENCIÓN de la Unidad Mixta de Investigación Hospital Clínico Universitario-Universidad de Zaragoza.

Objetivo: acercarse al mundo de la prevención y promoción de la salud mental en la adolescencia con diferentes experiencias y modelos de intervención comunitaria exitosa, tras su evaluación rigurosa y científica, en España (desde el empoderamiento a la detección sistemática informatizada en las aulas o el protocolo de intervención desde Urgencias).

Empoderamiento de adolescentes: modelo Alcalá de Henares.

PONENTE: Patricio José Ruiz-Lázaro Centro de salud Manuel Merino de Alcalá de Henares.

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 la edición 2002 de los Premios SEMFYC para Proyectos de Actividades Comunitarias en Atención Primaria 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 de adolescentes y

sociosanitarios, formando todas parte de una comunidad de bitácoras dentro del paraguas del proyecto de participación comunitaria de adolescentes, una consulta joven virtual, comunidad en www.sitelias.net. Y el Proyecto de empoderamiento para la salud y creación de una 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 para Proyectos de Actividades Comunitarias en Atención Primaria, representante español en el FORO 2007 DE WHO/HBSC: Cohesión social para la salud mental y bienestar de los adolescentes.

Programa DITCA: detección sistemática y prevención de TCA en adolescentes escolarizados en la comunidad valenciana.

PONENTE: Profesor Luis Rojo Moreno. Catedrático de Psiquiatría. Jefe de Sección de Psiquiatría Infantil, Unidad de TCA del 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. Participan 486 colegios; 42.875 alumnos (53,6% de la población escolar): 20.670 (48,2%) chicas y 21.329 chicos (51,2%). 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 (Rojo et al, 2003: Rojo et al, 2003).

Intervención en prevención de suicidio y depresión en Sabadell.

PONENTE: Dra Monserrat Pamiás Massana. Jefe de Servicio de Psiquiatría Infantil de la Corporación Sanitaria Parc Taulí de Sabadell.

Mediante un programa que forma parte de la Alianza Europea contra la Depresión (EAAD) sólo el 9% de los adolescentes atendido en Urgencias de la Corporación Sanitària i Universitària Parc Taulí de Sabadell (Barcelona) tras una tentativa de suicidio volvieron a intentarlo en los 12 meses siguientes. Tras aplicarles un protocolo

de intervención inmediata en Hospital de Día, una visita al psiquiatra tras el alta, un plan terapéutico individualizado con psicoterapia y un seguimiento telefónico regular durante un año para asegurar la continuidad asistencial. Asimismo han realizado talleres para alumnos de 4º de ESO psicoeducativos sobre depresión.

TRAUMA Y DESARROLLO EMOCIONAL EN LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA

MODERADORA: Paz Quijano Barroso. Psicóloga clínica en los hogares de protección de menores de la Fundación Alicia Koplowitz.

Relación del abuso y la depresión perinatal: implicaciones en el desarrollo emocional infantil.

PONENTE: Mar Álvarez Segura. Psiquiatra infanto juvenil, Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Máster de experto "Psicoterapia, perspectiva integradora" de la Universidad de Alcalá. Máster "Global Mental Health: Trauma and Recovery" organizado por "The Harvard Program in Refugee Trauma. Massachusetts General Hospital" y el "Istituto Superiore di Sanità" del Ministerio de Sanidad de Italia.

La depresión durante cualquier periodo de la vida de una mujer es preocupante, sin embargo la depresión en el embarazo o en el periodo postparto tiene una importancia añadida debido a las numerosas consecuencias negativas que se han asociado al bebe (bajo crecimiento fetal, preeclampsia, parto prematuro, bebés de bajo peso). Entre los factores de depresión perinatal se encuentran ante-

cedentes de abuso materno. A pesar de la gran cantidad de investigación referente a las consecuencias a largo plazo del abuso, se ha prestado relativa poca atención a su asociación con la depresión perinatal.

El embarazo y periodo postparto en el periodo de mayor vulnerabilidad para la mujer. No hay otro periodo en la vida de la mujer de tantos cambios en un periodo de tiem-



po tan breve. La naturaleza y calidad de la adaptación maternal a estos cambios tienen implicaciones para la propia salud física y psicológica y para la del bebé. En esta época, además de los enormes cambios físicos, hormonales y neurobiológicos hay una renegociación de la propia identidad y la activación de las representaciones internas maternas. El grado en el que la madre sea capaz de integrar todos estos cambios está relacionado con un número de factores psicológicos y externos. El nivel crucial de reorganización que ocurre a nivel psicológico es particularmente complejo en madres con historia de abuso.

Los antecedentes de abuso por tanto en mujeres que tienen depresión perinatal pueden tener implicaciones para su salud mental, su relación con el niño así como el desarrollo emocional del mismo.

En esta charla la Dra. Álvarez mostrará los resultados de los últimos estudios al respecto, así como los resultados del estudio que llevaron a cabo la Dra. Burtchen y ella en Bellevue Hospital de NY durante el periodo de 2009-2011 acerca de la influencia de los antecedentes de trauma y depresión postparto en la regulación emocional de los bebés de 6 meses.

Trauma intergeneracional y regulación emocional en el primer año de vida.

PONENTE: Nina Burtchen. Pediatra del desarrollo especializada en salud mental infantil (infant mental health). Becaria postdoctoral en el Departamento de Neurociencia del Desarrollo del Departamento de Psiquiatría (Columbia University, NY). 2010 AAP Young Investigator Award y 2011 APA Fellow Research Award.

Hay una gran cantidad de evidencia científica que confirma que los niños lactantes de padres con historia de trauma tienen mayor riesgo de desarrollo adverso y consecuencias médicas negativas en fases posteriores del desarrollo y en la vida adulta. Esta realidad es una preocupación de la salud pública ya que los antecedentes de trauma son frecuentes, particularmente en la población inmigrante de estatus socio-económico bajo. Las vías específicas de transmisión transgeneracional del trauma se ha identificado en niños entre 1 y 3 años de edad y pre-escolares: los padres con historia de trauma no resuelto o pérdida muestran estilos atípicos distintos de parentalidad, que consisten en conductas de parentalidad "asustadas" (frightened) o que asustan (frightening). Estos estilos atípicos están asociados a conductas de apego desorganizado en el niño. Los patrones de apego desorganizado se saben que aumentan el riesgo de una gran variedad de efectos adversos que incluye el desarrollo de trastorno de personalidad límite, el trastorno de déficit de atención e hiperactividad y trastornos del ánimo.

Los patrones de apego se evaluaban habitualmente con

el Protocolo de la Situación Extraña (Strange Situation Protocol- SSP). La edad mínima de administración es de 12 meses de edad. Estudios de investigación sugieren sin embargo, que los patrones de apego se consolidan alrededor del primer año de vida y las intervenciones terapéuticas son más efectivas y eficientes cuanto más tempranamente se implementen. Por esta razón, hay cada vez mayores esfuerzos de investigación con el objetivo de identificar los bebés en riesgo durante los primeros meses de vida. En esta charla, la Dra. Burtchen resumirá los conocimientos actuales sobre las conductas específicas y los marcadores biológicos de riesgo de niños criados por padres traumatizados. Se discutirá los retos metodológicos en la evaluación de niños lactantes. En segundo lugar, la Dra. Burtchen describirá como la investigación básica se puede trasladar a la atención primaria pediátrica con el objetivo de asegurar la identificación temprana de los niños en riesgo. Y por último comparará diferentes estrategias de intervención puestas en marcha para disminuir el impacto del trauma paterno en el desarrollo temprano del niño.



Trauma y apego desorganizado en edad pre-escolar.

PONENTE: Margarita Ibáñez Fanés. Psicóloga Clínica Coordinadora de la Unidad 0-5 años del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Miembro de la Unidad Funcional de Abusos Sexuales en la Infancia del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Experta en la evaluación del vínculo en la atención a la infancia en riesgo.

A diferencia de los adultos, los niños experimentan el mundo contextualmente, es decir, desde la experiencia de la primera relación de apego. En respuesta a esta primera figura de apego desarrollan un “self” seguro, construyen los “modelos operativos internos” de ellos mismos y de los demás. Estas representaciones internas se consolidan al final de los 3 primeros años de vida y guían las expectativas y conductas de los niños en situaciones de estrés. Son muy importantes porque determina la forma en el que el niño establecerá lazos con los demás e informan de como éste, de adulto, ejercerá de cuidador.

La experiencia de violencia se puede contextualizar como el efecto opuesto a la obtención de un self seguro. El papel del cuidador es funcionar como un regulador externo del afecto interno apabullante. De acuerdo con Carlson, varios escenarios de violencia pueden existir en la que el cuidador es incapaz de llevarlo a cabo esta función: cuando el propio cuidador ha sido víctima de trauma, cuando es testigo de violencia y está muy activado o disociado o cuando es el propio cuidador es la causa de la violencia.

La comprensión de los síntomas de estrés en la infancia temprana desde una perspectiva del apego se base en la premisa de que las conductas parentales de “frightening o frightened” es el mecanismo para la transmisión de padres a hijos de los estados mentales incoherentes y contradictorios respecto al apego, los cuales se manifiestan a través del llamado apego desorganizado. Este apego desorganizado tiene muchas similitudes con las respuestas de estrés traumático. Es posible entonces que algunos casos de apego desorganizado estén mostrando síntomas de estrés postraumático.

Para evaluar el modelo operativo interno en niños entre 3-7 años Bretherton desarrolló el Attachment Story Completion Task (ASCT) que se fundamenta en el estudio de los contenidos narrativos a partir de situaciones interpersonales. El ASCT proporciona situaciones interpersonales que permiten desarrollar historias en forma de secuencias lúdicas y narraciones.

La Dra. Ibáñez mostrará casos clínicos evaluados a través del ASCT para profundizar en la naturaleza del apego desorganizado y su relación con el trauma.

CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES HIJOS DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA O TRASTORNO BIPOLAR.

MODERADORA: Elena de la Serna Gómez. Centro de investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM. 2009SGR1119. Doctora en neurociencias.

Diseño y diagnósticos DSM-IV basales de BASYS: The Bipolar And Schizophrenia Young Offspring Study (BASYS)

PONENTE: Vanessa Sanchez-Gistau. Especialista Senior Psiquiatría. CSMIJ (Centro de Salud Infanto-juvenil) Departamento Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínico de Barcelona. CIBERSAM. 2009SGR1119.



Aunque clasificadas en dos categorías diagnósticas distintas, esquizofrenia (ESQ) y trastorno bipolar (TB) comparten características clínicas, ya que síntomas psicóticos, afectivos y neuropsicológicos pueden concurrir en ambos trastornos. La genética molecular ha evidenciado genes de susceptibilidad comunes, así como agregación familiar. Ambos trastornos tienen alta heredabilidad con un riesgo de aproximadamente 10% en familiares de primer grado, convirtiéndose la herencia familiar en el factor de riesgo principal. Se sabe que años antes del desarrollo completo del trastorno están presentes una serie de alteraciones psicopatológicas, conductuales y neuropsicológicas que se conocen como fase prodrómica. Identificar precozmente los sujetos de alto riesgo para psicosis se ha convertido en una prioridad en la psiquiatría de las últimas décadas. Estudiar longitudinalmente niños y adolescentes hijos de pacientes con TB (TBH) y ESQ (ESQH) es una oportunidad para caracterizar la evolución de la psicopatología premórbida desde edades muy

tempranas. Presentamos los datos clínicos basales del estudio BASYS, estudio longitudinal que tiene como objetivos identificar características clínicas, neuropsicológicas, genéticas y de neuroimagen de ESQH y TBH de edades entre 7 y 17 años. Se reclutaron 90 TBH y 40 ESQH a través de los servicios de salud mental de adultos del Hospital Clínico de Barcelona y Hospital Gregorio Marañón de Madrid y 107 hijos de padres sin trastorno psicótico (CCH) apareados por edad, sexo y estatus socio-económico. Evaluadores ciegos al diagnóstico de los progenitores administraron la entrevista estructurada KD-SADS-PI a niños y padres, así como diferentes escalas clínicas. El 60% de ESQH, 22.2% TBH y 11% CCH presentaban algún trastorno actual en el eje I. El más frecuente fue TDAH (45% ESQH, 12.5% TBH y 4.7% CCH) seguidos de los trastornos de ansiedad (15% ESQH, 6.9% TBH y 1.9% CCH.) y trastornos del estado de ánimo (2.5% ESQH, 4.5% TBH y 0.9% CCH).

Síntomas psicóticos atenuados y otras características clínicas en hijos de pacientes con esquizofrenia: resultados del estudio BASYS.

PONENTE: Inmaculada Baeza Pertegaz. Especialista Senior en Psiquiatría. URPIJ (Unidad de Referencia de Psiquiatría Infanto-juvenil). Departamento Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínico de Barcelona. CIBERSAM. IDIBAPS. 2009SGR1119.

Dado que la esquizofrenia es una enfermedad con elevada heredabilidad, los hijos de estos pacientes (ESQH) constituyen una población de riesgo elevado de esquizofrenia. Conocer los síntomas premórbidos y prodrómicos de la enfermedad ayudaría a mejorar el pronóstico con una intervención temprana. Tanto en estudios de cohortes (Welham y cols, 2009) como en estudios de hijos de pacientes (Erlenmeyer-Kimling, 1993; Amminger y cols, 2009) se han descrito problemas conductuales y dificultades en el ajuste social como los síntomas más frecuentes en pacientes que posteriormente desarrollaran esquizofrenia. Otros autores han observado la presentación de síntomas psicóticos esporádicos en estos sujetos de riesgo (The New York High Risk Project), pero sólo De la Serna et al (2010; 2011) utiliza la entrevista/escala SIPS/SOPS para evaluar síntomas psicóticos atenuados. El objetivo de esta presentación es describir los resultados dentro del estudio BASYS correspondientes a comparar los síntomas basales que presentaban

los hijos de pacientes con esquizofrenia con controles comunitarios, hijos de padres sin trastorno psicótico. Se reclutaron 40 ESQH (10,5±3,4 años, 67,5% varones) y 107 CCH (11,7±3,2 años, 44,9% varones). Los sujetos ESQH presentaban respecto a los CCH, entre otros, un peor ajuste premórbido (PAS11±: 6,8±4,1 vs. 3,3±2,5, p<0,001), peor funcionamiento según el GAF (74,9±13,2 vs. 86,3±8,0, p<0,001), mayor número de problemas conductuales (4,5±4,1 vs. 2,9±2,6, p=0,007) y del aprendizaje (4,6±3,9 vs. 3,0±2,6, p=0,008) en el CPRS según padres y un mayor número de síntomas psicóticos atenuados medidos con la escala SOPS en todas las subescalas (positiva: 1,7±2,3 vs. 0,3±0,8, p<0,001; negativa: 2,2±4,3 vs. 0,3±0,7; desorganizada: 1,9±2,2 vs. 0,5±1,0, p<0,001; general: 1,3±2,3 vs. 0,6±1,3, p=0,038), como en la puntuación total (7,0±8,8 vs. 1,5±2,5, p<0,001). Se analizarán estos resultados en relación a los estudios previos publicados.



Características clínicas en hijos de pacientes con trastorno bipolar. Estudio Basys.

PONENTE: Dolores Moreno Pardillo. Especialista en Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Departamento de Psiquiatría. CIBERSAM, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, IiSGM. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

La población de hijos de pacientes con trastorno bipolar (TBH) se considera población de alto riesgo para presentar esta patología. Existen estudios que muestran que los síntomas prodrómicos en el TB interfieren significativamente en la vida del paciente. Identificar alteraciones clínicas en la población de alto riesgo antes del desarrollo del trastorno se torna de especial trascendencia para su diagnóstico e intervención precoz en esta población diá. Se han descrito como posibles marcadores de riesgo el presentar altas puntuaciones en alteraciones del humor (irritabilidad y depresión), problemas de la regulación del humor (hipersensibilidad al rechazo y falta de reactividad del humor) y desinhibición conductual. Sin embargo, los síntomas clásicos de manía se observan con menos frecuencia, fenómeno que puede explicar el retraso en el diagnóstico. Destaca también la alta prevalencia de episodios depresivos unipolares, que aparecen con una media de 4,9 años antes de episodios de manía o hipomanía.

En esta ponencia se presentan los datos clínicos en-

contrados en los hijos de pacientes con TB en la visita basal respecto a la muestra de controles comunitarios. La muestra estaba compuesta de 90 hijos de pacientes con TB (12.5 ± 3.1 años, 55,5% varones) y 107 controles (11.7 ± 3.2 años, 44,9% varones), pareados por sexo, edad y nivel educativo. Comparados con los controles, el grupo TBH presentó mayor prevalencia de diagnósticos DSM-IV tal y como se refiere en la primera ponencia. Además este grupo obtuvo peores puntuaciones en medidas de ajuste premórbido ($p < 0.001$) valorado con la escala PAS, peor funcionamiento global medido por la escala GAF ($p=0.003$) y mayores puntuaciones en todas las subescalas de la entrevista SIPS/SOPS ($p < 0.005$), que valora síntomas psicóticos prodrómicos. No se observaron diferencias significativas en la escala de manía de Young, sin embargo se detectaron mayores puntuaciones en la escala de depresión de Hamilton ($p < 0.001$), así como una peor impresión clínica global (escala CGI) ($p < 0,05$).



COMUNICACIONES ORALES

¿CÓMO SON LOS ADOLESCENTES QUE PRECISAN DE VARIOS INGRESOS PSIQUIÁTRICOS?

*I Kerexeta Lizeaga, A Fernández Rivas, E Vivanco González, M Landa Aqueche, E Sesma Pardo, A Borjabaz González, MA González Torres
Hospital Universitario de Basurto*

Introducción: Clínicamente es interesante conocer el perfil de los adolescentes que precisan de varias hospitalizaciones psiquiátricas con la finalidad, no solo de prevenirlas en la medida de lo posible (en cuanto a la interrupción de sus vidas que representa) sino también de adecuar los Unidades de hospitalización a las características de estos adolescentes

Objetivos: valorar las características diferenciadoras de los adolescentes que precisan de hospitalizaciones psiquiátricas repetidas

Mat. y métodos: se recogen prospectivamente datos de todos los ingresos psiquiátricos de adolescentes de entre 12 y 17 años hospitalizados en la Unidad Infanto Juvenil del HUB durante 56 meses consecutivos, formando un total de 431 ingresos. Se recopila información sobre sexo, edad, datos epidemiológico, lugar de residencia antecedentes personales y familiares de tratamiento psiquiátrico y de consumo de tóxicos, y motivo de ingreso. Se comparan los datos diferenciando en dos poblaciones: aquellos que tienen ingresos previos respecto de los que se trata de su primera hospitalización.

Resultados: de los 431 ingresos 204 correspondían a adolescentes que habían sido hospitalizados con anterioridad, presentaban una edad media de 15,37 años, 52% mujeres. Las características que diferenciaron a estos menores respecto de aquellos que ingresaban por primera vez fueron las siguientes: residían en mayor medida en hogares funcionales (30,4%, $p=0.000$), AP PSQ, desprotección. El motivo de ingreso más frecuente (25,5%) fue descompensación psicótica. El antecedente de trata-

miento previo fue frecuente: el 56,4% recibía tratamiento antes de los 10 años ($p=0.000$), el 96,1% entre los 10 años y los últimos seis meses ($p=0.000$), y el 96,1% estaba en tratamiento en los últimos 6 meses ($p=0.000$). en el 40,2% habían estado es situación de desprotección ($P=0.000$). El diagnóstico psiquiátrico más frecuente al ata (43,1%) fue trastorno psicótico ($p=0.000$). Respecto a antecedentes familiares psiquiátricos, el 21,8% ($N=44$) tienen antecedentes familiares con consumos de OH ($p=0.07$)

Conclusiones: los pacientes adolescentes que precisan de varias hospitalizaciones psiquiátricas de nuestra muestra presentan más antecedentes de desprotección y de residir en hogares funcionales además de padecer trastorno psicótico. Estos hallazgos son muy relevantes de cara al abordaje terapéutica de estos menores en especial en el trabajo de prevención de recaídas de su grave patología.

FACTORES MEDIADORES Y MODERADORES EN LA ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN PATERNA EN EL PERIODO POSTNATAL Y EL DESARROLLO PSICOSOCIAL EN EL NIÑO

L Gutierrez-Galve (1), A Stein (2), L Hanington (2), P Ramchandani (3)

(1) Médico psiquiatra en formación en psiquiatría infanto-juvenil, Becaria Koplowitz para formación avanzada en psiquiatra infanto-juvenil, St Mary's Campus Imperial College London

(2) Departamento de Psiquiatría, University of Oxford

(3) Médico psiquiatra infanto-juvenil, Jefe de la unidad de Psiquiatría infantil y adolescente del Hospital St Mary's de Londres (Reino Unido), St Mary's Campus Imperial College London

Resumen

Introducción/antecedentes: La asociación entre la depresión materna postnatal y las alteraciones de comportamiento en el niño es bien conocida (Rahman et al. Arch Gen Psychiatry 2004), y esta asociación puede



estar determinada por la implicación de la madre en la crianza (Vera et al. *Child Psychiatry Hum Dev* 2012). La depresión paterna postnatal ha sido también asociada previamente con alteraciones del comportamiento en los niños y su desarrollo emocional (Ramchadani et al. *Lancet* 2005), pero queda por aclararse si hay otros factores positivos (p.ej. implicación del padre en la crianza) o negativos (p.ej. problemática conyugal) que puedan mediar o modificar esta asociación.

Hipótesis y Objetivos: Este estudio valora si la asociación entre la depresión paterna postnatal y el comportamiento del niño a los 3-5 años es mediado o moderado por diferentes factores.

Las hipótesis de este estudio plantean:

1. La depresión materna postnatal y/o problemática conyugal y/o implicación del padre en la crianza podrán mediar la asociación entre la depresión paterna postnatal y las alteraciones de comportamiento en el niño.
2. El nivel educacional y/o los rasgos antisociales del padre (historia de problemas con la policía, expulsión del colegio, consumo de alcohol y consumo de cannabis) podrán moderar la asociación entre la depresión paterna postnatal y las alteraciones de comportamiento en el niño.

Material y Métodos:

Sujetos. Este trabajo forma parte del Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC), estudio longitudinal en una muestra de una población de padres y niños seguidos desde etapas tempranas de la gestación hasta la adolescencia. Las madres gestantes fueron reclutadas en el área de Bristol (Reino Unido) entre los años 1991-1992. 13 988 niños recién nacidos fueron incluidos. Los cuestionarios fueron enviados a las madres y a los padres durante y después de la gestación.

Procedimiento. Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) valoró la depresión en los padres 8 semanas después del nacimiento del niño; puntuaciones de 12 identificaban un caso de trastorno depresivo mayor. El comportamiento en el niño fue valorado cuando el niño tenía 42 meses usando Rutter revised preschool scales. Los ítems combinados forman 4 escalas (emocional, conducta, hiperactividad y prosocial) que valoran el desarrollo psicosocial y emocional del niño.

Variables mediadoras. Depresión materna postnatal,

problemática conyugal e implicación del padre en la crianza. Variables moderadoras. Historia de problema con la policía, expulsión del colegio, consumo de alcohol y consumo de cannabis.

Modelos de regresión logística fueron realizados para valorar el efecto de las variables moderadoras y mediadoras en la asociación entre depresión paterna y comportamiento del niño.

Resultados:

La fuerte asociación entre la depresión paterna con peores puntuaciones en las escalas del comportamiento del niño permaneció sin cambios después de ajustar por las variables moderadoras. La fuerza de la asociación entre la depresión paterna con peores puntuaciones en las escalas del comportamiento del niño disminuyó un 34% después de ajustar por la depresión en la madre, 44% por la problemática conyugal y un 15,5% por la implicación del padre en la crianza. No se observaron diferencias entre niños y niñas.

Conclusiones:

Estos hallazgos sugieren que la asociación entre la depresión postnatal paterna y las alteraciones del comportamiento en el niño es mediada por la depresión postnatal materna y la problemática conyugal, y en menor medida por la implicación del padre en la crianza. La historia de rasgos antisociales del padre no afectó a esta asociación. Estos resultados destacan la influencia de la depresión paterna y factores relacionados con el entorno familiar y la crianza en el desarrollo psicosocial del niño, aunque la influencia de otros factores como los rasgos antisociales paternos no pueden ser excluidos. Futuros estudios que incluyan valoraciones más detalladas de rasgos antisociales son necesarios para confirmar estos hallazgos.

Referencias esenciales:

1. Rahman A, Iqbal Z, Bunn J, Lovel H, Harrington R. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; 61 (9): 946-52.
2. Vera J, Granero R, Ezpeleta L. Father's and mother's perceptions of parenting styles as mediators of the effects of parental psychopathology on anti-social behavior in outpatient children and adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2012; 43 (3):



376-92.

- Ramchandani P, Stein A, Evans J, O'Connor TG; ALSPAC study team. Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet*. 2005; 365 (9478): 2201-5.

UNA MISMA IMPULSIVIDAD

JA Vargas Castro

Psiquiatra Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Médico Psiquiatra Institut de Trastorns Alimentaris-Conducta/ Barcelona

Resumen

Introducción:

Los TCA-Trastornos de Conducta Alimentaria de tipo BN-Bulimia Nerviosa, O-Obesidad y TA-Trastornos por Atracón, presentan una disfuncionalidad en la regulación de áreas de impulsividad, lo que a su vez se ha observado en adolescentes con trastornos externalizantes de tipo TND-Trastorno Negativista Desafiante, TDAH-Trastorno por déficit de Atención con/sin Hiperactividad y TC-Trastornos de Conducta, asociado, como es conocido, a ser la Adolescencia un periodo caracterizado por múltiples cambios neuroinmunopsicosexuales y comportamentales.

En estas consideraciones, se hace necesario documentar si esta impulsividad disfuncional en diferentes entidades alimentarias y externalizantes, puede llegar a ser de una interpretación similar y su posible repercusión terapéutica, en pacientes ingresados, ambulatorios o en programa pisos terapéuticos, de nuestro Instituto de Trastornos Alimentarios ITA-Conducta.

Antecedentes:

ITA: Instituto de trastornos Alimentarios, con funcionamiento desde 1998 y sedes actuales en Barcelona y Argentona (Cataluña), atendió para el año 2011: 689 pacientes con diagnóstico de Trastorno de Conducta Alimentaria; Para 2012 ITA inaugura su programa ITA-Conducta en Adolescentes, dada la alta comorbilidad nosológica entre cierto tipo de Trastornos Alimentarios que presentaban un déficit del control de impulsos y Trastornos externalizantes tipo: TND-TDAH-TC y Trastornos de Personalidad Grupo B, entre otros.

Desde estas consideraciones, cobra gran importancia

la necesidad de estudiar si este tipo de pacientes, durante la adolescencia, y posterior a esta, pudieran compartir un mismo mecanismo de impulsividad que los predisponga a cierto tipo de patologías.

Hipotesis a contrastar: Los TCA de tipo BN-O-TA, pueden presentar un déficit en el control de los impulsos, que guarda gran relación con Trastornos Externalizantes en Adolescentes, de tipo TND-TDAH-TC, con un posible abordaje psicoterapéutico y psicofarmacológico de características homogéneas.

Objetivo:

Determinar la posible comorbilidad existente en adolescentes, entre los TCA de difícil manejo en el control de impulsos y los Trastornos externalizantes de difícil manejo en el control de impulsos; Ya que pueden compartir una misma vía neuropsicológica disfuncional y un posible abordaje terapéutico similar.

Material y métodos:

Se trata de un estudio descriptivo-comparativo, donde se busca obtener a través de 60 entrevistas semiestructuradas, con aplicación de 8 instrumentos individuales tipo EDI-3 (Cribaje de Trastornos de Conducta Alimentaria), BITE (TCA Tipo Bulimia) PAS (Impulsive/Premeditated Aggression Scale) de Impulsividad-EIP (Escala de Impulsividad de Plutchik)-Impulsividad- BIS.11 (Barratt Impulsiveness Scale) de Impulsividad; ADHD Rating Scale (Trastorno por Déficit de atención con /sin Hiperactividad), ODD Screening (Trastorno Negativista Desafiante), Disruptive Behavior Disorders Scale (TND y TC) con toma de la población escogida para el estudio en dos grupos de entidades nosológicas: TCA-Impulsividad (n=30), incluyendo Bulimia Nerviosa, Obesidad y Trastornos por Atracón, y un segundo grupo TC-Impulsividad (n=30), incluyendo TND, TDAH y TC. Esto en un mismo grupo etéreo de 12 a 17 años en nuestros centros de Argentona y Barcelona.

Resultados y conclusiones:

El patrón de impulsividad como reacción inmediata y precursor disfuncional de determinadas patologías de conducta alimentaria y trastornos externalizantes, presentan un símil de resultados en las escalas aplicadas para el contexto impulsividad, incluso, compartiendo mismo patrones en los dos grupos de entidades nosológicas estudiadas, lo que nos puede dimensionar a la necesidad de



mayores estudios, incluso de mayor tecnología, que nos ayuden a objetivizar dicha relación evidente.

Referencias esenciales:

1. Bulimia Nervosa Symptoms in the Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. A. Yee Mikami, S.P. Hinshaw. *Int J Eat Disord* 2009.
2. A Psycho-genetic study of associations between the symptoms of binge eating disorder and those of attention deficit (hyperactivity) disorder, C. Davis, K. Patte. *Journal of Psychiatric Research*. 43 (2009): 687-696.

ALTERACIONES PERCEPTIVAS EN EL ESPECTRO OBSESIVO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: PRIMEROS RESULTADOS CON EL TEST DE LA FIGURA COMPLEJA DE REY

Roser Vacas¹, Víctor Paredes¹, Karina Gonzalez¹, Raquel Bueno¹, Olga Martínez¹, Manuel Arias¹, y X. Gastaminza^{1, 2}

¹Centro médico psicopedagógico de Psiquiatría general y Psiquiatría de la Infancia y de la adolescencia Novomedigrup de Barcelona.

²U.Paidopsiquiatría. Área Materno-Infantil (AMI). S. Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Universidad Autónoma de Barcelona.

Resumen

Introducción/antecedentes:

La observación en clínica, en los estudios psicotécnicos realizados a niños y adolescentes pacientes con clínica obsesiva, de alteraciones perceptivo-práxicas, sin alteraciones específicas en el aprendizaje escolar y con la impresión de su presentación con una frecuencia significativa, nos llevó a plantearnos la posible asociación de sintomatología obsesiva con una alteración perceptivo-práxica así como su persistencia o no con la terapéutica aplicada, posible elemento asociado expresión de una disfunción neuropsicológica de base. De aquí, que nos planteáramos revisar los casos atendidos y compararlos buscando la confirmación o no de nuestra impresión clínica inicial.

Hipótesis y Objetivos:

Hipótesis primaria: Existe una asociación entre la clínica de tipo obsesivo y la alteración perceptivo práxica

visuo-espacial.

Hipótesis secundaria: La asociación varía con la terapéutica, mejorando.

Población, Material y Métodos:

Estudio retrospectivo, revisando las historias clínicas de los niños y adolescentes atendidos en nuestro centro en los últimos 3 años, cuya sintomatología principal de consulta fue de tipo obsesivo (aun sin cumplir todos los criterios diagnósticos de Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) pero con una importante y destacada clínica obsesiva: o sea dentro del espectro del trastorno obsesivo).

Se encuentran 20 casos: entre 10 y 18 años, 10 son mujeres y 10 hombres.

Cada caso fue estudiado individualmente, en función de su atención asistencial, con el proceso diagnóstico habitual: Entrevista con el paciente y con los padres, por separado y juntos, examen clínico psiquiátrico, anamnesis, y estudio psicotécnico general y específico.

Se utiliza como elemento evaluador específico diferenciador el test de la Figura compleja de Rey para la evaluación de la alteración perceptivo-próxima visuoespacial, realizándolo al inicio y comparativo al año de tratamiento.

El tratamiento en todos los pacientes del grupo muestra fue: farmacológico (sertralina, en 18 casos, cloracepato en 2 casos) y psicoterapéutico cognitivo-conductual (individual); junto con pautas a nivel familiar y controles evolutivos con los padres.

Los resultados se comparan con un grupo similar de niños y adolescentes, atendidos durante el mismo período y seleccionados por apareamiento de pares de: igual edad, sexo, niveles socioeconómicos y atendidos por un trastorno de ansiedad sin sintomatología obsesiva.

Resultados:

En todos ellos su nivel intelectual es normal WISC/WAIS, no presentan trastornos específicos del aprendizaje escolar ni otras enfermedades médicas asociadas.

Los resultados en el Test de la figura compleja de Rey del grupo del espectro obsesivo presentan más alteraciones perceptivo práxicas en la prueba que el grupo de ansiedad (sin clínica obsesiva) utilizado como grupo control. Las diferencias son mayores en la fase de copia que en la de memoria del Test. Con una mejoría en los resultados paralelo al de la mejoría clínica al control comparativo al año.

**Conclusiones:**

Los resultados sugieren la existencia de una alteración perceptivo-práxica visuo-espacial diferencial en los trastornos de ansiedad del espectro obsesivo que mejoran con la mejoría de todo el cuadro en respuesta a la terapéutica aplicada. Sugiriendo así más una situación funcional de estado más que de rasgo inmodificable. Y abriendo así una posible vía, relativamente sencilla y económica de estudio neuropsicológico del TOC.

Probablemente el rango de edad, con el menor con 10 años, haya supuesto un sesgo tanto por la no inclusión de niños de menor edad, como que la casual ausencia de trastornos específicos del aprendizaje pueda ser por su anterior y previa detección y consecuente asistencia específica previa por ello.

Consideramos que no se pueden extraer conclusiones definitivas porque son necesarios estudios más extensos, con mayor número de casos, de tipo prospectivo y preferentemente con una muestra más selectiva como podría ser de TOC cumpliendo criterios diagnósticos y que podría tener su apoyo y correlación con la utilización de neuroimagen funcional.

Referencias esenciales:

1. Mataix-Cols D, Pertusa A, Snowdon J. Neuro-psychological and neural correlates of hoarding: a practice-friendly review. *Clin Psychol.* 2011; 67 (5): 467-76.
2. Segalàs C, Alonso P, Labad J, Jaurrieta N, Real E, Jiménez S, Menchón JM, Vallejo J. Verbal and nonverbal memory processing in patients with obsessive-compulsive disorder: its relationship to clinical variables. *Neuropsychology.* 2008; 22 (2): 262-72.
3. Andrés S, Boget T, Lázaro L, Penadés R, Morer A, Salamero M, Castro-Fornieles J. Neuropsychological performance in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder and influence of clinical variables. *Biol Psychiatry.* 2007 15; 61 (8): 946-51
4. Shin MS, Park SJ, Kim MS, Lee YH, Ha TH, Kwon JS. Deficits of organizational strategy and visual memory in obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychology.* 2004; 18 (4): 665-72.
5. Hartston HJ, Swerdlow NR. Visuospatial priming and stroop performance in patients with obsessive compulsive disorder. *Neuropsychology.* 1999; 13 (3): 447-57.

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA

CB Avella-García (1), CA Saavedra Inostroza (1), X Gastaminza Pérez (1), R Vacas Moreira (2), B Rubio Morrell (3), O Herreros Rodríguez (4), J Girona (5)

(1) Servicio de Psiquiatría, Área Materno-Infantil (AMI). Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

(2) Director médico de Centro médico psicopedagógico de Psiquiatría general y Psiquiatría de la Infancia y de la adolescencia Novomedigrup de Barcelona.

(3) Facultativo especialista. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife. Coordinadora de la Psiquiatría Infanto-Juvenil de Tenerife.

(4) Facultativo especialista del Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

(5) Servicio de Cardiología y Hemodinámica Pediátricas. Área del Corazón del Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Resumen**Introducción/antecedentes:**

Con los avances médicos ha mejorado mucho la situación asistencial y de vida de las cardiopatías congénitas planteando situaciones y problemáticas antes ni considerables ni consideradas, como es el embarazo o los métodos anticonceptivos en esta población. También con los trastornos psiquiátricos en esta población ocurre algo similar y de aquí su estudio y consideración.

Hipótesis y Objetivos:

Primario: Valorar y establecer los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes entre los 6 y los 16 años que se encuentran en seguimiento cardiológico por antecedente de cardiopatía congénita.

Secundarios:

1. Determinar frecuencias de presentación
2. Determinar los tipos de patología psiquiátrica en este grupo poblacional
3. Identificar necesidades asistenciales y plantear áreas de asistencia futura
4. Establecer datos basales para proponer futuros estudios transversales y de seguimiento en el tiempo de estos pacientes
5. Describir la vivencia subjetiva de la patología que presentan a través de las propias definiciones de



los niños sobre sus patologías

Material y Métodos:

Estudio de corte transversal.

Tras el contacto, información y aprobación por los cardiólogos pediátricos, el reclutamiento se ha hecho, mediante folletos (informativos y de solicitud de participación) dejados en la consulta de cardiología.

Tras obtener consentimiento informado del niño y sus padres o tutores legales, se procedió a su examen y valoración con entrevistas a padres u niños y adolescentes, examen clínico psiquiátrico, anamnesis habitual y aplicación de entrevista estructurada Kiddie-Schedule for Affective Disorders & Schizophrenia for School-Age Children Present & Lifetime Versión (K-SADS-PL). Por otra parte se entregaron cuestionarios de padres y de profesores: Conners Rating Scale, Child Behaviour Checklist.

También a los niños se les pidió que explicaran, que definieran su enfermedad cardiaca en forma libre y espontánea como medio de aproximación a sus vivencias en torno a su propia patología.

Y finalmente se realizó un estudio psicotécnico con la aplicación de las siguientes pruebas: Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-IV), Revised Children's Manifest Anxiety Scale (CMAS-R), Children's Depression Inventory (CDI), Evaluación de los Procesos Lectores (PROLEC R o PROLEC SE).

Cada caso fue evaluado por uno de los autores y posteriormente reevaluado independiente, para en caso de divergencia recurrirse a una tercera evaluación y acuerdo final consensuado por los tres especialistas. Extremo que no se tuvo que realizar en ningún caso por coincidir las distintas evaluaciones en todos los casos.

Los resultados individuales fueron comunicados personalmente y por escrito en cada caso y de detectarse patología psiquiátrica se procedió a la oferta de la correspondiente asistencia específica.

Resultados:

La prevalencia de patología paidopsiquiátrica en la muestra (n=8), es alta y más elevada que la correspondiente en la población infantil general, encontrándose las siguientes patologías y frecuencias:

- Trastorno por Déficit de Atención: 62,5%
- Trastornos de Ansiedad: 50%
- Trastornos del Aprendizaje: 12,5%

- Depresión Mayor: 12,5%
- Enuresis: 12,5 %

Nos pareció muy llamativo que una, parte considerable de los niños estudiados, habían sido valorados e incluso tratados previamente por dispositivos asistenciales o servicios de salud mental sin haber sido diagnosticados.

Por otra parte se agruparon las definiciones que daban los niños de su enfermedad cardiaca pudiéndose diferenciar 4 grupos. Destacando en cada uno de ellos:

- a) Predominio de Elementos Agresivos
- b) Sentimientos, sensaciones, visión de: Estar Incompleto
- c) Desconocimiento Absoluto
- d) Predominio de Elementos Técnicos

Conclusiones:

La muestra es pequeña y requiere de estudios más amplios y posiblemente específicos, posiblemente diferenciando entre las diferentes patologías cardiacas (como serían las malformativas de las funcionales; con trasplante cardiaco o sin...).

Ahora bien son destacadas las altas frecuencias de patología psiquiatría encontrada en esta muestra de niños y adolescentes, planteándose así la necesidad de su atención específica y especializada y por tanto de la paidopsiquiatría psicósomática.

“ESTUDIO DESCRIPTIVO DE COMORBILIDAD EN PACIENTES CON TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO, EN UNA POBLACIÓN URBANA”

C Benavides Martínez (1), M Parellada Redondo (2), L Guerra Miguez (3)

(1) Médico Residente de Psiquiatría de cuarto año. Complejo hospitalario de Segovia.

(2) Psiquiatra Adjunto del Niño y del Adolescente. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

(3) Médico Residente de segundo año de Pediatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Resumen

Introducción/antecedentes:

Los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) son un grupo de trastornos del neurodesarrollo, de etiología desconocida, caracterizados por alteraciones cualitativas de la interacción social, de las formas de comunicación y con un repertorio repetitivo, estereotipado y



restrictivo de intereses y actividades. Dichas anomalías son una característica generalizada del comportamiento del individuo en todas las situaciones.

Estos individuos, presentan generalmente dificultades en expresar disconfort o dolor, incluso si presentan comunicación verbal. Tiene además problemas en identificar el origen del disconfort, en salir fuera de su ambiente, o en la interacción social que constituye una relación médico-paciente normal, así como en comprender el objetivo final de una exploración o visita médica.

Sin embargo, a su vez las personas con TGD tienen más necesidades de atención médica que la población general. Los cuidadores y los profesionales sanitarios, deberían estar al tanto de que en ocasiones, los problemas de comportamiento, podrían ser el primer e incluso el único síntoma de la condición clínica subyacente al mismo.

Los trastornos digestivos y sus síntomas asociados son frecuentes en los pacientes con trastorno generalizado del desarrollo (TGD) aunque su prevalencia no está todavía claramente establecida.

Hipótesis y Objetivos:

Los objetivos de este estudio son conocer la prevalencia de comorbilidad en un grupo de pacientes TGD de una población urbana, describir la frecuencia de patología digestiva en estos pacientes, así como las alteraciones conductuales asociadas y establecer la posible relación entre la aparición de alteraciones de conducta y la presencia de molestias o disconfort en este grupo de pacientes.

Material y Métodos:

Estudio descriptivo retrospectivo basado en la recogida de datos de historias clínicas de pacientes diagnosticados de TGD en un Servicio de Atención Médica Integral de pacientes con Trastorno del Espectro Autista (AMITEA) en un hospital de tercer nivel y remitidos a consulta de gastroenterología pediátrica en los últimos cuatro años.

Se recogieron variables epidemiológicas representadas con la mediana y los rangos intercuartílicos y variables clínicas representadas en frecuencias y porcentajes.

Se incluyeron 53 pacientes con edades comprendidas entre 2 y 15 años con una mediana de edad de 7 años. El 77.5% de la muestra eran varones.

Resultados:

El motivo de consulta más frecuente fue el dolor ab-

dominal (24,5%) seguido del estreñimiento (20,7%) y la diarrea (18,8%).

Dentro del grupo de pacientes que consultaron por dolor abdominal, la mayoría (38,5%) presentaban un diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA), mientras que un 23,3% tenían un diagnóstico de Otros TGD o TGD No Especificado.

Entre los que consultaron por Dolor Abdominal, existían varias alteraciones de conducta concomitantes; Irritabilidad y Alteración del sueño en un 30,8%, y en un 7,7% de los casos, Rigidez Mental, Apatías, Tics o Llanto.

Dentro del grupo de pacientes que consultaron por Estreñimiento, un 72% habían sido diagnosticados de TEA. En este grupo, un 40% de los pacientes presentaron Inquietud, un 30% Irritabilidad, y un 20% Alteraciones del sueño y Llanto.

Dentro de la muestra de Pacientes, entre los que presentaron Autoagresividad, un 50% tenían Retraso Mental Moderado. Lo mismo ocurría entre los que presentaron Oposicionismo. Siendo un 44% los casos que presentaron Heteroagresividad o Inquietud.

Conclusiones:

Muchos de los pacientes que fueron derivados al servicio de gastroenterología, presentaban alteraciones conductuales. Es necesario un estudio más profundo sobre la comorbilidad en este grupo de pacientes, dado que en ocasiones la primera y única manifestación clínica que presentan es un cambio en el patrón de conducta.

Referencias esenciales:

1. Parellada M, 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. *European Psychiatry* (2011), doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.06.004
2. Buie T, Campbell DB, Fuchs GJ 3rd, Furuta GT, Levy J, Vandewater J, Whitaker AH, Atkins D, Bauman ML, Beaudet AL, Carr EG, Gershon MD, Hyman SL, Jirapinyo P, Jyonouchi H, Kooros K, Kushak R, Levitt P, Levy SE, Lewis JD, Murray KF, Natowicz MR, Sabra A, Wershil BK, Weston SC, Zeltzer L, Winter H. Evaluation, diagnosis, and treatment of gastrointestinal disorders in individuals with ASDs: a consensus report. *Pediatrics*. 2010;125 Suppl 1:S1



3. Samar H. Ibrahim, MBChB,¹ Robert G. Voigt, MD,¹ Slavica K. Katusic, MD,² Amy L. Weaver, MS,² and William J. Barbaresi, MD¹. 'Incidence of Gastrointestinal Symptoms in Children: A Population-Based Study'. *Pediatrics*. 2009 August; 124(2): 680–686

LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO APLICADA AL TRABAJO CON ADOLESCENTES: PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN GRUPAL BREVE.

M Díaz de Neira Hernando (1), R García Nieto (2), L Albarracín García (3), E Baca García (4), JJ Carballo Belloso (5)

(1) *Psicóloga Clínica. Unidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, Centro de Especialidades Argüelles. Fundación Jiménez Díaz.*

(2) *Psicóloga Clínica. Investigación. Centro de Especialidades Argüelles. Fundación Jiménez Díaz.*

(3) *Psicóloga. Investigación. Centro de Especialidades Argüelles. Fundación Jiménez Díaz.*

(4) *Jefe de Servicio de Psiquiatría Fundación Jiménez Díaz, Hospital Infanta Elena, y Hospital Rey Juan Carlos.*

(5) *Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, Centro de Especialidades Argüelles. Fundación Jiménez Díaz.*

Introducción:

Las terapias contextuales aportan una perspectiva analítica de la conducta según la cual nos centramos en sus funciones y no en su topografía, de manera que conductas aparentemente diferentes pueden estar compartiendo funciones similares y ser igualmente problemáticas. Ello nos permite trabajar con adolescentes diagnosticados de diversos trastornos sin intervenir específicamente sobre los síntomas, sino sobre las conductas problemáticas y la dificultad en regular emociones. Dada la elevada demanda de atención en los servicios de salud mental, se plantea necesario diseñar protocolos de intervención breves y grupales que permitan optimizar los recursos disponibles.

Hipótesis y Objetivos:

La intervención grupal breve con adolescentes será útil para mejorar su funcionamiento en diversas áreas de su vida.

Los objetivos del grupo fueron:

- Adquirir habilidad para identificar eventos priva-

PRE	1	2	3	4	5	6	7	8	POST
C-GAS									C-GAS
CDI									CDI
STAIC/STAI	Análisis funcional		Valores	Compromisos de cambio Aceptación de eventos privados					STAIC/STAI
STAXI				Defusion					STAXI
AFO-9	Identificación del patrón de evitación experiencial			Yo-contexto					AFO-9
Satisfacción									Satisfacción
									Utilidad

dos (pensamientos, emociones, imágenes, deseos, impulsos, recuerdos...).

- Desarrollar habilidades de distanciamiento de los eventos privados y aumentar la capacidad para an-

Instrumentos de evaluación	Grupo 1		Grupo 2	
	Medias Pre	Medias Post	Medias Pre	Medias Post
CGAS (0-100)	61,8	64,5	60,3	78*
CDI.Autoestima negativa (Pc)	65,6	78	49	46,4
CDI.Disforia (Pc)	72,3	63,1	57,9	43,1*
CDI.Total (Pc)	65,7	68,1	44,6	41
STAIC.Estado/STAI.Estado (Pc)	57,7	47,6	51,3	25,3*
STAIC.Rasgo/STAI.Rasgo (Pc)	48,7	51,3	65,7	52,1
STAXI.Control (Pc)	44,3	39,8	62,5	77,2*
STAXIE	9,8(bajo)	10(bajo)	10,8(bajo)	10,4(bajo)
STAXIR (Pc)	58,8	64,3	53,5	65,1
AFO-9 (0-36)	19,5	19,1	14	13,7
Satisfacción con uno mismo (0-10)	4,9	5,7	5	7
Satisfacción con la familia (0-10)	3,7	4,9	5,8	7,6
Satisfacción con los amigos (0-10)	6,9	8	6,7	7
Satisfacción con los estudios (0-10)	4,7	4,8	5,5	4,8
Satisfacción con el ocio (0-10)	7,8	7,5	6,8	7,7
Utilidad problema inicial (0-10)	-	5,8	-	7,8
Utilidad otros ámbitos (0-10)	-	6,6	-	8

Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon * p<0.05



participar las consecuencias de las conductas.

- Identificar direcciones valiosas que puedan guiar la conducta según las consecuencias a medio y largo plazo.

Material y Métodos:

Se llevaron a cabo dos grupos de intervención, ambos formado por 7 adolescentes, el grupo 1: 14 y 15 años; y el grupo 2: 16, 17 y 18 años, en ambos había adolescentes con diagnósticos externalizantes e internalizantes.

Se realizaron 8 sesiones de intervención grupal, con frecuencia semanal, de una hora de duración cada una y 2 sesiones de evaluación, una antes de la intervención y otra tras la misma. En ese periodo de tiempo no se realizaron sesiones individuales de psicoterapia.

Se diseñó un protocolo de intervención basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso, común a ambos grupos con los siguientes componentes: análisis funcional de la conducta, identificación de valores, aceptación de eventos privados y entrenamiento en distanciamiento (defusión).

Resultados:

Los resultados indican mejoría en el funcionamiento, mayor satisfacción en las diferentes áreas vitales y reducción de algunos síntomas.

Conclusiones:

La intervención de 8 sesiones se ha mostrado útil en algunos aspectos clínicos. Se observan mejorías especialmente en el grupo de adolescentes mayores, por lo que será oportuno realizar adaptaciones del protocolo para los participantes de menor edad. Los participantes valoraron útil la psicoterapia grupal tanto para mejorar el problema inicial por el que consultaban como para otros aspectos de sus vidas.

Referencias esenciales:

1. Greco LA y Hayes SC (2008). Acceptance and Mindfulness Treatments for Children and Adolescents. Context Press
2. Willson GK y Luciano MC (2002). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a valores. Ed. Pirámide

EL SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN POR PODERES ASOCIADO A ANOREXIA NERVIOSA: A PROPOSITO DE DOS CASOS.

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA INGRESADA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL POR ANOREXIA NERVIOSA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.

B Rubio^{1, a}, M Murray^{1, b}, Y Dueñas^{1, a}, J Monzón^{1, a}, O Herreros², R Vacas³, M Anleu⁴, X Gastaminza⁴

¹ Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC). ^aServicio de Psiquiatría. ^bServicio de Pediatría. Tenerife

² Hospital Universitario Virgen de la Nieves. Granada

³ Centro médico psicopedagógico Novomedigrup. Barcelona

⁴ Hospital Universitario Vall d'Hebron. Área Materno-Infantil. U. Paidopsiquiatría. Barcelona.

Resumen

Introducción/antecedentes:

El Síndrome de Münchhausen por poderes es una forma grave de abuso infantil con altas tasas de recidiva y elevada mortalidad. Su autor es una persona que se ocupa del cuidado del niño maltratado, generalmente la madre. Este perpetrador hace que parezca que el niño está enfermo, simulando que tiene síntomas o provocándose los, con el fin de que sea ingresado y sometido a procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos. Afecta y así engloba tanto al maltratado como al maltratador, que tiene la característica de no obtener beneficio material alguno del abuso.

Su presentación en asociación con una Anorexia Nerviosa (AN) es inusual.

Asociación que agrava el problema por ser la anorexia uno de los trastornos en los que se puede encontrar una potenciación exponencial ya que el paciente (maltratado) puede llevar a cabo una restricción alimentaria no solo sin que su progenitor limite la misma (como no es infrecuente en la anorexia nerviosa), sino que además sea estimulada, inducida, reforzada y potenciada por la madre/adulto, mutua complacencia y simbiosis patológica adulto/niño (maltratador/maltratado).

Esta infrecuente asociación nos planteó su revisión para su mejor conocimiento.

Hipótesis y Objetivos:

Primario:



1. Describir las características principales de los pacientes pediátricos afectos de anorexia nerviosa (AN) ingresados.
2. Mostrar la comorbilidad con Síndrome de Münchhausen por Poderes.

Secundarios:

3. Reseñar su dificultad y complejidad en el manejo terapéutico y en su evolución y pronóstico: peores.
4. Sensibilizar para la detección de esta infrecuente grave asociación.

Material y Métodos:

Estudio retrospectivo, en una cohorte histórica (desde el 1 de Enero de 2008 hasta el 31 de Enero de 2013: 5 años) de los pacientes ingresados menores de 15 años con diagnóstico de Anorexia nerviosa (Criterios DSMIV-TR).

Se revisa cada historia con un común cuaderno de recogida de datos. Cada caso fue revisado por tres especialistas diferentes: el pediatra con el paidopsiquiatra que atendió el caso y un tercer psiquiatra diferente como consultor externo con posterior puesta en común. Estaba previsto que en caso de disparidad de criterios se procedería a la participación de un cuarto psiquiatra y resolución por consenso (lo que no fue necesario en ningún caso).

Resultados:

Durante estos 5 años ingresaron 18 pacientes menores de 15 años: escolares y adolescentes, diagnosticados de AN e ingresados en la Planta de Pediatría de Hospital Universitario de tercer nivel y de referencia.

La edad media al ingreso fue de 13,3 años (10,2-14,7), predominando el sexo femenino (83,3%). Un 55,6% contaba con antecedentes familiares psiquiátricos (22,2% trastorno de la conducta alimentaria).

En un 83,3% de los casos se trataba de una anorexia restrictiva pura, mientras que el 16,7% restante pertenecía al tipo compulsivo/purgativo.

Al ingreso, tras una media de 12 meses de clínica previa, el IMC era de $16,7 \pm 2,1$. El porcentaje de pérdida de peso fue de $26,5 \pm 9,4\%$, considerado grave. No se observó relación entre el tiempo de evolución y el porcentaje de pérdida ponderal al ingreso. La alteración de la imagen corporal fue constante, y la conciencia de enfermedad generalmente escasa. Las alteraciones analíticas más frecuentes al ingreso fueron el déficit de proteína fijadora

del retinol y la hipovitaminosis D. El tratamiento instaurado fue en todos los casos terapia cognitivo-conductual, pautas nutricionales y vigilancia estrecha las 24 horas del día, y en un 50% se añadió tratamiento farmacológico (mayoritariamente benzodiazepinas e ISRS). En un 72% de los ingresos se tomaron medidas específicas para prevenir el síndrome de realimentación (en todos los casos a partir de 2010). En un 27,8% de los pacientes fue necesario el uso de sonda nasogástrica (SNG), y en el 61,1% de suplementos nutricionales. El IMC al alta ($17,9 \pm 1,4$) fue significativamente mayor que al ingreso ($p = 0,003$). La estancia media fue de 33 ± 23 días.

En 2 casos existía un Síndrome de Münchhausen por poderes asociado.

En los dos casos de Síndrome de Münchhausen por poderes la estancia hospitalaria fue más larga (72 y 80 días), el manejo especialmente complejo, en uno de ellos se requirió tratamiento nutricional por SNG, por la pérdida ponderal al ingreso fue grave. Ninguno de ellos mantuvo seguimiento ambulatorio tras el alta, a diferencia del resto de casos en los que siguieron control seguimiento y el tratamiento ambulatorio.

Conclusiones:

La anorexia nerviosa en la edad pediátrica es una enfermedad grave, en la que el ingreso hospitalario es frecuentemente necesario. La pérdida ponderal previa suele ser severa, lo cual conlleva un alto riesgo de complicaciones. El síndrome de realimentación debe ser prevenido, vigilado y tratado enérgicamente. La presencia de comorbilidad psiquiátrica en la familia (frecuente), así como la asociación con el Síndrome de Münchhausen por Poderes suponen factores de agravamiento y dificultad del abordaje y atención de la Anorexia Nerviosa en la edad pediátrica y un factor potencial de peor pronóstico para la Anorexia Nerviosa Infantil.

Referencias esenciales:

1. Birmingham CL, Sidhu FK. An algorithm for the diagnosis of Münchhausen's syndrome in eating disorders. *Eat Weight Disord.* 2007 Dec;12(4):e75-7.
2. Honjo S. A mother's complaints of overeating by her 25-month-old daughter: a proposal of anorexia nerviosa by proxy. *Int J Eat Disord.* 1996 Dec;20(4):433-37.
3. Money J. Paleodigms and paleodigmatics: a new theoretical construct applicable to Münchhausen's



syndrome by proxy, child-abuse dwarfism, paraphilias, anorexia nervosa, and other syndromes. *Am J Psychother.* 1989 Jan;43(1):15-24.

4. Scourfield J. Anorexia by proxy: are the children of anorexic mothers an at-risk group?. *Int J Eat Disord.* 1995 Dec;18(4):371-4.
5. Sirois F. [Anorexia nervosa by proxy: An unusual case]. *Presse Med.* 2011 May;40(5):547-50.
6. Vanelli M. Munchausen's syndrome by proxy web-mediated in a child with factitious hyperglycemia. *J Pediatr.* 2002 Dec;141(6):839.

ALTERACIONES EN LA MICROESTRUCTURA DE LA SUSTANCIA BLANCA EN NIÑOS CON EL SUBTIPO INATENTO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

J Moyá Querejeta, L Gil Martínez (2), M Garcia Giral (1), R Nicolau Palou (3), A Calvo Boixet (4), K Rubia (5) (1) Especialista en Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil. Hospital Clínic Universitari de Barcelona

(2) Psicóloga y Ayudante de investigación. Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil. Hospital Clínic Universitari de Barcelona

(3) Psicóloga Especialista en Clínica. Profesora asociada Médica de la Universidad de Barcelona. Especialista Senior en el Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil

(4) Física especialista en post-procesado de Neuroimagen. Institut d'investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS)

(5) Institute of Psychiatry, King's College London

Resumen

Introducción:

Los pacientes con el subtipo predominantemente inatento del TDAH difieren de los que tienen el subtipo combinado TDAH en edad de inicio (Applegate et al. 1997), comorbilidad (Willcut et al 1999) y competencia social (Maedgen & Carlson, 2000). Es posible que estas diferencias clínicas se asocien a diferencias importantes en las respectivas estructuras cerebrales y sistemas neuronales. Sin embargo, la investigación en imagen cerebral se ha centrado en el subtipo combinado y ha prestado

poca atención al subtipo predominantemente inatento hasta el momento, por lo que las evidencias sobre correlatos neurobiológicos de este subtipo son muy escasas en la actualidad (Van Ewijk et al 2012).

Hipótesis y Objetivos:

La hipótesis principal es que los pacientes con el subtipo predominantemente inatento tendrían alteraciones en la microestructura de la sustancia blanca en regiones implicadas en procesos atencionales (prefrontal, estriatal o parietal) que los diferenciarían de controles sanos e incluso de los pacientes con pacientes del subtipo combinado.

El objetivo fue comparar la integridad de la sustancia blanca en niños con PI, con el subtipo combinado y controles sanos emparejados por edad con los anteriores.

Material y Métodos

Se realizó un estudio de imagen de tensor de difusión en 44 varones diestros que nunca habían tomado medicación (edad media 11.7 años DE 2.6) de los cuales 21 tenían CO, 12 el subtipo predominantemente inatento y 11 eran CS. Todos ellos obtuvieron una puntuación superior a 80 en la prueba WISC-IV y no tenían trastornos del eje 1 o 2 comórbidos.

Se empleó un scanner de 3.0 Tesla Se han estudiado tres parámetros: la anisotropía fraccional (FA), la difusividad media (DM) y la difusividad radial (DR). Los mapas han sido generados usando FSL. EL New Segment ha sido usado para obtener la SB y SG y así calcular los flow fields utilizando DARTEL. Estos han sido aplicados a los mapas DTI para normalizarlos al espacio MNI. El análisis voxel base se realizó con SPM8. La edad y el volumen cerebral total se emplearon como covariante y el criterio elegido como limite estadístico fue $p < 0.05$ a nivel de clúster con corrección Family Wise.

Resultados

Los pacientes con el subtipo predominantemente inatento tenían significativamente menor FA en un clúster del hemisferio izquierdo del lóbulo parietal y cerebelo y mayor DM en dos clústers, uno incluyendo el cerebelo izquierdo, lóbulo temporal inferior y giro supramarginal y otro en el hemisferio derecho que incluía cerebelo y lóbulo parietal inferior. Además se observó una tendencia a un aumento de la DR en estas áreas. Los pacientes con el subtipo combinado presentaron también mayor DM en



un clúster del hemisferio izquierdo del lóbulo parietal y del cerebelo. Sin embargo, no se observaron diferencias en la FA o en la RD entre los combinados y los controles sanos ni tampoco se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con el subtipo predominantemente inatento y combinados en ninguna medida de las imágenes de tensor de difusión analizadas.

Conclusiones

Estos hallazgos preliminares muestran una FA y DM anormal en el lóbulo parietal y el cerebelo en los pacientes con el subtipo predominantemente inatento en relación a los CS lo que sugiere cambios microestructurales en la sustancia blanca en áreas implicadas en procesos atencionales. Estos cambios se considera que reflejan una mayor libertad en la difusión a través de fibras y probablemente una menor mielinización en estas áreas. A pesar de que los déficits fueron más pronunciados entre los predominantemente inatentos y controles sanos, podrían no ser exclusivos de los inatentos sino ser compartidos por inatentos y combinados, dado que no se encontraron diferencias entre estos grupos.

Referencias esenciales:

1. Applegate, B., Lahey, B. B., Hart, E. L., Biederman, J., Hynd, G. W., Barkley, R. A., et al. (1997). Validity of the age-of-onset criterion for ADHD: A report from the DSM-IV field trials. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1211–1221.
2. Willcutt, E. G., Pennington, B. F., Chhabildas, N. A., Friedman, M. C., & Alexander, J. (1999). Psychiatric comorbidity associated with DSM-IV ADHD in a nonreferred sample of twins. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1355–1362.
3. Maedgen, J. W., & Carlson, C. L. (2000). Social functioning and emotional regulation in the attention deficit hyperactivity disorder subtypes. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 30–42.
4. Van Ewijk H, Heslenfeld DJ, Zwiers MP, Buitelaar JK, Oosterlaan J. (2012) Diffusion tensor imaging in attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.*36 (4), 1093-106.

NUEVOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN DSM-V EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN DE INICIO TEMPRANO

M Graell Berna (1), M., P Andrés Nestares (2), P., A Villaseñor Montarroso (3), A., S Gutiérrez Priego (1), S., R Encinas Encinas (4), R., G Morandé Lavín (5)

(1) Facultativo Especialista de Área. Psiquiatra. Unidad de Trastornos de Alimentación. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid

(2) Psicóloga, Investigación. Unidad de Trastornos de Alimentación. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid

(3) Psicólogo clínico. Unidad de Trastornos de Alimentación. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid

(5) Diplomada en Enfermería. Unidad de Trastornos de Alimentación. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid

(6) Jefe Sección Psiquiatría y Psicología. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid

Resumen

Introducción/antecedentes:

El diagnóstico en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria de inicio temprano (6-13 años) conlleva dificultades según criterios actuales, suponiendo una sobrerrepresentación del trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE). El DSM-V incorpora modificaciones en los criterios diagnósticos, con el fin de superar estas limitaciones.

Hipótesis y Objetivos:

Descripción clínica y diagnóstico de una muestra de pacientes de 6-13 años con trastorno de la conducta alimentaria según los criterios DSM-V, y comparación con diagnósticos según criterios DSMIV-TR y Great Ormond Street Hospital for Children (GOSH).

Material y Métodos:

Estudio retrospectivo de una muestra de pacientes (n=250), de edades comprendidas entre 6-13 años, admitidos consecutivamente en una Unidad TCA (Hospitalización y Hospital de día), durante los años 2007 a 2012.

**Resultados:**

N= 250. Sexo: niñas: 200 (80%); niños: 50 (20%); Edad media: 11,15 años (1,73s.d.) (Rango: 6-13). Historia trastornos tempranos de alimentación: 70 (35,71%). Tiempo evolución: 11,97 meses (15,27s.d.).

Estado nutricional: Percentil medio IMC inicio tratamiento: 10-20. Comorbilidad: (117; 54,92%): Ansiedad: 46 (21,6%), Afectiva: 43 (20,2%), TOC: 8 (3,8%), Tr. oposicionista-desafiante: 11 (5,2%); TDAH: 9 (4,2%).

Estructura familiar: Biparental: 157 (76,6%), Mono-parental: 33 (16,1%), Reconstituida: 14 (6,8%). Historia Familiar trastornos psiquiátricos: 81 (41,3%).

Diagnóstico DSM-IV-TR:

Anorexia Nerviosa Restrictiva: 107 (45,3%), Anorexia Nerviosa Purgativa: 14 (5,9 %), Trastorno de Alimentación no especificado (TCANE): 99 (41,9 %).

Bulimia Nerviosa 2 (0,8%), Trastorno de Alimentación de inicio en Infancia (<6 años): 14 (5,9 %).

Diagnóstico Clasificación Great Ormond Street Hospital for Children:

Anorexia Nerviosa Restrictiva Prepuberal: 123 (53%), Anorexia Nerviosa Purgativa Prepuberal: 15 (6,5%), Síndrome del Comedor Selectivo: 36 (15,5 %), Disfagia Funcional: 32 (13,8%), Rechazo Emocional de la Comida (REC): 10 (4,3%), Anorexia infantil: 14 (6%), Bulimia Nerviosa: 2 (0,9%).

Diagnóstico DSM-V:

Anorexia Nerviosa Restrictiva: 112 (46,3%). Anorexia Nerviosa Purgativa: 15 (6,2%). Trastorno Evitativo-Restrictivo de la Ingesta Alimentaria (ARFID-TERIA): 85 (35,1%). Trastorno de Alimentación No Especificado (TCANE): 28 (11,6 %). Bulimia Nerviosa: 2 (0,8%).

Conclusiones:

Los nuevos criterios diagnósticos del DSM-V para trastornos de alimentación diagnostican de manera más especificada los pacientes de edades entre 6-13 años, lo cual podemos atribuir a la inclusión del trastorno Evitativo-Restrictivo de la Ingesta Alimentaria, y a la supresión del criterio de amenorrea en la AN. En consecuencia, existe una disminución del número de pacientes diagnosticados de TCANE.

Referencias esenciales:

1. Bryant-Waugh R., Kreipe R.E. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in DSM-5. *Psychiatric Annals*, Nov 2012, 42:11, 402-405.
2. Keel, P.K., Brown T.A. Holm-Denoma, J., Bodell, L.P. Comparison of DSM-IV Versus Proposed DSM-5 Diagnostic Criteria for Eating Disorders: Reduction of Eating Disorder Not Otherwise Specified and Validity. *Int J Eat Disord* 2011; 44:553-560.
3. Freidl, E.K., Hoek, H.W., Attia, E. Anorexia Nervosa in DSM-5. *Psychiatric Annals*, Nov 2012, 42:11, 414-417.

ESCALA PARA LA VALORACIÓN DE LA AUTONOMÍA EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL HOSPITALIZADA EN FASE AGUDA EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

C Trujillo Cuadra (1), FJ Lozano Olea (2), B Sánchez Fernández (3)

(1) DUE, Área Salud Mental del Hospital Materno Infantil Sant Joan de Déu.

(2) DUE, Coordinador Enfermería Área Salud Mental del Hospital Materno Infantil Sant Joan de Déu.

(3) Psiquiatra, Coordinador del Área Salud Mental del Hospital Materno Infantil Sant Joan de Déu.

Debido a la dificultad de cuantificar el grado de autonomía del paciente infanto-juvenil en fase aguda, por sus características específicas, la gran variabilidad de estados psicopatológicos y déficits funcionales premórbidos en franjas de corto tiempo durante la hospitalización en una unidad de salud mental, surge la creación de la escala de valoración del grado de dependencia.

Objetivo principal:

- Disponer de información a tiempo real acerca del nivel de dependencia individual y global existente en la unidad.

Objetivos secundarios:

- Elaborar una herramienta ágil y consensuada que permita cuantificar las cargas asistenciales asociadas a la patología del paciente, déficits funcionales premórbidos y la repercusión que esto conlleva, generando una intervención determinada bien de implementación funcional, bien de intervenciones de protección y reorganización conductual.



- Optimizar recursos profesionales y materiales en relación a las necesidades reales de la unidad, actualizando las ratios de profesional requeridas.

El diseño de la investigación es descriptivo transversal. La muestra es de 100 individuos con edades comprendidas entre 6 - 18 años, hospitalizados en salud mental infanto-juvenil del Hospital San Joan de Déu. Periodo establecido Noviembre 2012 - Mayo 2013.

En la revisión bibliográfica previa se puso de manifiesto la no existencia de escalas específicas dirigidas a valorar la dependencia del grupo concreto de pacientes a estudiar. Para la confección de la escala realizamos un estudio basado en técnicas de investigación cualitativa, utilizamos técnica de grupo nominal mediante la participación de diversos profesionales del servicio buscando consenso sobre las áreas e ítems más representativos en la valoración de dependencia.

Se realiza síntesis de la información por el equipo investigador, depurada y priorizada. Los criterios de priorización son: mayores puntuaciones medias, criterios más coincidentes y la evidencia científica.

Comprobamos la fiabilidad mediante la consistencia interna a través de alfa de Cronbach. Se comprueba la validez lógica por expertos, y la validez constructor por técnica de análisis factorial.

En conclusión, se alcanzan los objetivos propuestos, nos facilita información rápida y fiable del grado de dependencia de los pacientes, nos muestra una visión global del estado de la unidad, y mejora objetivamente la gestión de los recursos profesionales.

VIOLENCIA FILIO-PARENTAL. FACTORES INFLUYENTES E INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA CON MENORES INFRACTORES.

M Artes López (1), JM López Losilla (2), FJ Fernández Guerrero (3)

(1) Psiquiatra del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil Lorca-Aguilas (Murcia). Psiquiatra del Centro de Menores Infractores Tierras de Oria (Almería)

(2) Psicóloga responsable de la unidad de atención especializada en intervención y mediación en el ámbito familiar (IMAF) del CMI. Tierras de Oria (Almería)

(3) Psicólogo responsable de la unidad terapéutica de salud mental del CMI. Tierras de Oria (Almería)

Introducción/antecedentes:

Un fenómeno emergente y de gran repercusión es la violencia filio-parental: violencia de hijos a padres. El aumento del número de denuncias ante la imposibilidad de los padres de controlar y modificar la conducta del menor en el ámbito familiar, está derivando en el aumento del número de menores que accede a los recursos de justicia juvenil, como responsables de un delito de maltrato en el ámbito familiar.

Esta tipología delictiva en auge, necesita de un tratamiento multidisciplinar integral, siendo imprescindible identificar aquellos factores (personales, familiares, sociales y educativos) que están influyendo en la génesis y mantenimiento de este tipo de violencia familiar.

Desde nuestro trabajo en un centro de menores, pretendemos acercar la realidad que rodea a esta problemática, analizando aquellas características y factores influyentes: nuevas estructuras familiares, pautas educacionales disfuncionales, sistemas de reforzamiento incongruentes, consumo de drogas, nuevas tecnologías, dificultades en el desarrollo afectivo del menor, etc. así dar a conocer las acciones, orientaciones e intervenciones que los equipos de tratamiento estamos llevando a cabo con los menores y sus familias, haciéndoles partícipes y miembros activos en el proceso de aprendizaje familiar: acciones que extrapoladas en otros contextos, pueden ser preventivas.

Este equipo cuenta con una base de datos en la que se muestran cuantitativamente variables que influyen en este tipo de violencia, describiendo tanto social como individualmente a una muestra de más de 206 adolescentes a los que se les impuso un Medida Judicial de Internamiento por cometer un delito de Violencia en el Ámbito Familiar.

Hipótesis y Objetivos:

Son factores influyentes en la génesis de la Violencia Filio Parental la ruptura/separación de los padres y el consumo de tóxicos del adolescente.

Material y Métodos:

Estudio de 206 casos de adolescentes varones atendidos desde la apertura la Unidad de Atención Especializada en Intervención y Mediación en el Ámbito Familiar. Desde enero de 2011 hasta de diciembre 2012.

Resultados:

El 68% de los adolescentes proviene de familias dese-



estructuradas.

El 94% de los adolescentes es consumidor de tóxicos, principalmente de cannabis.

Conclusiones:

La separación de los padres y cambio de actitud entre ellos se presenta como un factor de riesgo. Destaca como hecho significativo la asunción de rol de pareja en el adolescente, surgiendo sentimientos de dependencia y posesión sobre la madre. La conducta violenta se agrava cuando la madre inicia una nueva relación y el adolescente comienza a consumir tóxicos.

PREVALENCIA Y CORRELATOS CLÍNICOS DE DISREGULACIÓN EMOCIONAL Y CONDUCTUAL SEVERA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EVALUADOS EN UN MEDIO CLÍNICO

JJ Carballo¹, M Díaz de Neira Hernando², M Pérez Fominaya³, CA Molina Pizarro³, F Arévalo⁴, E Baca García⁵

(1) *Psiquiatra. Coordinador de la Unidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Servicio de Psiquiatría. Fundación Jiménez Díaz. Universidad Autónoma de Madrid.*

(2) *Psicóloga Clínica. Unidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Servicio de Psiquiatría. Fundación Jiménez Díaz.*

(3) *MIR Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría. Fundación Jiménez Díaz.*

(4) *Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Servicio de Psiquiatría. Fundación Jiménez Díaz.*

(5) *Jefe de Servicio de Psiquiatría. Fundación Jiménez Díaz. Universidad Autónoma de Madrid.*

Introducción/antecedentes:

Un número significativo de niños y adolescentes que acuden a las consultas de psiquiatría infantil y de la adolescencia presentan cuadros clínicos complejos consistentes en manifestaciones comórbidas de severa disregulación emocional y conductual que incluyen, entre otras, “tormentas afectivas”, comportamientos descontrolados, excesiva inquietud, agresividad y agitación que suponen un reto tanto desde el punto de vista diagnóstico

como del tratamiento. Recientemente se ha validado una medida para el screening en un medio clínico de la disregulación emocional y conductual severa basada en el cuestionario de Capacidades y Dificultades denominada SDQ-Dysregulation Profile (SDQ-DP), estimándose una prevalencia del 26% entre niños y adolescentes de 5-17 años. Se ha postulado que este perfil de disregulación podría ser un indicador de mayor riesgo de psicopatología y de peor funcionamiento psicosocial.

Hipótesis y Objetivos:

El objetivo principal del estudio fue el determinar la prevalencia de niños y adolescentes evaluados en nuestro medio que presentaban disregulación emocional y conductual severa de acuerdo a la medida de screening SDQ-DP. Hipotetizamos que este grupo de pacientes presentaría una mayor severidad de psicopatología y un mayor deterioro en su funcionamiento psicosocial.

Material y Métodos:

En el estudio se incluyeron 623 niños y adolescentes evaluados en su primera visita a las consultas externas de la Unidad de Psiquiatría infantil y del Adolescente de la Fundación Jiménez Díaz desde el 1 de noviembre de 2009 hasta el 31 de diciembre de 2012. Estos pacientes fueron evaluados mediante un protocolo común que incluía:

- Cuestionario autoaplicado de antecedentes socio-demográficos.
- Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas).
- APGAR Familiar
- Children´s Global Assessment Scale (CGAS).
- Escala de Impresión Clínica Global (Clinical Global Impression, CGI).

Análisis estadístico: Se calculó la variable de screening de disregulación emocional SDQ-DP. Los pacientes fueron divididos en 2 grupos, los que puntuaron positivo a la medida de screening (DP) y los que no (No-DP). Se compararon los grupos de acuerdo a variables demográficas, clínicas y de funcionamiento. Se utilizaron los estadísticos t test y chi cuadrado.

Resultados:

175 niños y adolescentes (28.1%) conformaron el grupo DP. Comparado con el grupo No-DP, el grupo DP obtuvo puntuaciones significativamente más altas en



psicopatología internalizante, en psicopatología externalizante, en problemas con compañeros y en problemas totales ($p < 0.001$ en todas las medidas) así como obtuvo puntuaciones significativamente menores en conducta prosocial ($p < 0.001$). Los pacientes del grupo DP indicaron un peor funcionamiento familiar que los del grupo No-DP ($p < 0.001$). Los valores de funcionamiento psicosocial medidos por el C-GAS y los valores de severidad de sintomatología medidos por el ICG fueron significativamente más bajos en el grupo DP comparados con el grupo No-DP ($p < 0.001$, en ambas comparaciones). Ambos grupos no presentaron diferencias estadísticamente significativas en las variables socio-demográficas estudiadas.

Conclusiones:

Existe una elevada prevalencia de pacientes con un perfil de disregulación emocional y conductual severa que son evaluados en medios clínicos. El SDQ-DP es una medida de screening breve que podría ayudar a mejorar el proceso de evaluación, prevención y tratamiento de estos pacientes. Se requieren estudios de seguimiento que ayuden a delinear la evolución de los pacientes que presentan este perfil así como desarrollar estudios de marcadores genéticos y neurobiológicos asociados a la disregulación emocional y conductual severa en niños y adolescentes.

Referencias esenciales:

1. Holtmann M, Becker A, Banaschewski T, Rothenberger A, Roessner V. Psychometric validity of the strengths and difficulties questionnaire-dysregulation profile. *Psychopathology* 2011; 44: 53-9. doi: 10.1159/000318164.
2. Goodman R: The strengths and difficulties questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 1997; 38: 581-586.

COSTE SOCIO-SANITARIO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) ENTRE PACIENTES RESPONDEDORES (PR) Y NO RESPONDEDORES (NPR) A LA MEDICACIÓN EN ESPAÑA (DATOS PRELIMINARES)

Alda JA¹; Sansebastian J²; Fernández-Jaén A³; Ramos-Quiroga JA⁴; Quintero J⁵; Martínez-Raga J⁶; Montañés F⁷; Mardomingo MJ⁸; Plaza S⁹

¹Hospital San Joan de Déu, Barcelona, Spain; ²Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, Spain; ³Hospital Quiron, Madrid, Spain; ⁴Hospital Vall de Ebron, Barcelona, Spain; ⁵Hospital Infanta Leonor, Madrid, Spain; ⁶Hospital Clínico, Valencia, Spain; ⁷Fundación Hospital Alcorcón, Madrid, Spain; ⁸Hospital Gregorio Marañón Madrid, Spain; ⁹Shire Pharmaceuticals

Resumen

Introducción: La prevalencia global del TDAH está estimada en un 5.3% y 4,4%, en niños y adultos respectivamente. Su gestión y consecuencias conllevan un gran consumo de recursos sanitarios y sociales.

Objetivos: Comparar el coste de los pacientes respondedores al tratamiento farmacológico y describir los costes directos, indirectos e intangibles del TDAH en España.

Métodos: Estudio Transversal, descriptivo y analítico sobre los costes sanitarios y sociales, obtenidos a partir de datos actuales y retrospectivos. Para su cálculo fueron utilizados sólo los costes directos (perspectiva sanitaria) y los costes directos e indirectos (perspectiva social). El tiempo de seguimiento fue de un año. Se han incluido pacientes de 15 hospitales españoles los cuales fueron entrando en el estudio de forma consecutiva. Fueron considerados PR los que tuvieron una puntuación en la ADHD-RS menor de 18 durante al menos tres meses consecutivos. Se utilizaron cuestionarios estándar para recoger las siguientes variables: demográficas, sociales, entorno laboral, patología (DSMI-TR, CGI, CGA y ADHD IV), consumo de servicios, medicación y tratamientos no farmacológicos, calidad de vida (EuroQoL-5D) y productividad en el trabajo (WPAI). Los costes sanitarios directos fueron: la utilización de servicios, tratamientos farmacológicos y no farmacológicos y los indirectos: transporte. Los costes sociales indirectos fueron las horas pérdidas de trabajo de las visitas médicas de los padres o los propios pacientes. El estudio ha sido aprobado por los comités de ética correspondientes y las autoridades sanitarias.

Resultados: 39 PR (edad: (media±SD) 13.2±2.4 años, hombres: 77%) y 31 NPR (edad: 12.4±2.8 años, hombres:



81%) fueron incluidos. La puntuación en la ADHD-RS-IV fue 15.6 ± 6.9 para PR y 28.1 ± 9.9 para NPR ($p < 0.001$) y la puntuación de la EQ-5D fue 86.1 ± 14.2 y 68.1 ± 30.1 , respectivamente ($p = 0.001$). Los costes directos, indirectos y sociales fueron $\text{€}2,913 \pm 1,764$, $\text{€}67 \pm 1,441$, y $\text{€}3,880 \pm 2,460$ para PR RD; y $\text{€}4,280 \pm 3,885$ ($p = 0.077$), $\text{€}1,956 \pm 3,203$ ($p = 0.442$), y $\text{€}6,236 \pm 5,855$ ($p = 0.042$) para NPR.

Conclusión: En nuestro estudio y con un análisis preliminar de los datos, el consumo de recursos económicos de los PR es menor que el de los PNR.

RELACIÓN ENTRE EL TDAH Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES NAÏVE

C Cuellar, L Mesa, C García, E Ferreira, MA Mairena, JA Alda

Unidad de TDAH, Hospital Sant Joan de Déu

Resumen

Introducción/antecedentes: El TDAH en niños y adolescentes influye negativamente en la calidad de vida de estos pacientes y de sus familias.

Hipótesis y Objetivos: Valorar la calidad de vida de niños y adolescentes diagnosticados recientemente de TDAH a través del cuestionario CHIP CE PRF (Child Health and Illness Profile-Child Edition Parent Report Form).

Material y Métodos: Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo de los pacientes atendidos en la Unidad de TDAH del Hospital Sant Joan de Déu desde enero de 2009 a diciembre de 2012. Los criterios de inclusión son el diagnóstico reciente de TDAH en cualquiera de sus subtipos (intento, hiperactivo y combinado) y que nunca haya recibido tratamiento farmacológico para el mismo, y que se disponga del CHIP-CE PRF basal (sin tratamiento farmacológico). Este cuestionario se divide a su vez en 5 subdominios (Funcionamiento, bienestar, riesgo, resistencia y satisfacción) las puntuaciones inferiores a 40 en cada subescala indican problemas en la calidad de vida de los niños.

Se realiza un análisis descriptivo de las puntuaciones obtenidas en cada una de las subescalas y una *t* de student en aquellas áreas consideradas más influenciadas por este

trastorno.

Resultados: Se obtiene un muestra de 176 pacientes, 74,4% son varones ($n = 131$) la edad media es $9,17 \pm 2,86$ con un rango de 5 a 17 años (48,8% son TDAH combinado). Las áreas más afectadas por este trastorno son el funcionamiento (74% puntúan con problemas en este campo) y la satisfacción (50%). No se encuentran diferencias en el funcionamiento de los niños (< 12 años $n = 124$) y los adolescentes (≥ 12 años, $n = 52$) ($t = 0,90$, $p = 0,36$). Los niños con TDAH de tipo combinado presentan mas conductas de riesgo que el resto ($t = 5,34$, $p = 0,001$).

Conclusiones: Los niños y adolescentes que padecen TDAH ven afectadas algunas áreas de su vida, las más significativas tienen que ver con sus expectativas en el colegio y la relación que mantienen con su grupo de iguales.

Referencias esenciales:

1. Wehmeier et al.: Differences between children and adolescents in treatment response to atomoxetine and the correlation between health-related quality of life and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder core symptoms: Meta-analysis of five atomoxetine trials. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2010; 4: 30.

SENTIA: PROGRAMA DE SEGUIMIENTO INTENSIVO PARA LA SUPERVISIÓN PROACTIVA DE SEGURIDAD EN EL TRATAMIENTO DE ANTIPSICÓTICOS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA. RESULTADOS A DOS AÑOS DE SEGUIMIENTO.

MC Palanca Maresca (1), B Ruiz Antorán (2), A Fernández Rivas (3), I Olza-Fernandez (1), G Centeno (2), JM García Vega (4), C Avendaño-Solá (2)

(1) Unidad de Psiquiatría Infantil. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

(2) Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

(3) Unidad de Psiquiatría Infantil. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto

(4) Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda



Resumen

Introducción/antecedentes: La prescripción de antipsicóticos en niños y adolescentes se ha incrementado dramáticamente en los últimos años. Actualmente la evidencia científica de seguridad en plazo superior a seis meses es escasa.

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

Material y Métodos: Todos los pacientes menores de 17 años que inician tratamiento antipsicótico, independientemente del motivo de la prescripción, son monitorizados regularmente. No hay criterios de exclusión. La información que se recoge en cada una de las visitas se estructura: 1. Datos sociodemográficos, 2. Antecedentes médicos y psiquiátricos personales y en familiares de primer grado, 3. Valoración Clínica: Cuestionario de Comportamiento de Achenbach CBCL; Entrevista Clínica Estructurada MiniKID, C-GAS (Escala de Evaluación Global de Niños), CGI (Impresión Clínica Global), 4. Historia farmacológica y cumplimiento terapéutico (Cuestionario elaborado ad hoc), 5. Hábitos de salud (Alimentación, Ejercicio físico), 6. Efectos adversos (AIMS, SAS, SMURF), 7. Examen físico (ECG, TA, FC, Peso, Talla, Perímetro abdominal, Estadios de Tanner), y 8. Parámetros biológicos.

Resultados: 56 pacientes han sido incluidos (40 varones/ 16 mujeres). La edad media de los pacientes es de 12 años (3-17). El 39% eran naive antes de la inclusión en SENTIA; el 61% estaban previamente en tratamiento con antipsicótico, con una duración media de tratamiento de 13 meses. Los antipsicóticos más prescritos fueron risperidona (55.1%) y aripiprazol (28.7%). El 63.6 % recibía otras medicaciones concomitantes. 25 pacientes tienen un seguimiento entre 1 y 3 meses; 16 entre 4 y 9 meses, 20 entre 12 y 24 meses.

Las razones más frecuentes para la prescripción fueron agresividad, retraso mental y autismo y trastornos de es-

pectro autista. El 68% tenían más de un diagnóstico.

En relación con la evaluación de seguridad usando la escala SMURF, el 71% de los pacientes tenían algún efecto adverso relacionado con el tratamiento antipsicótico. Durante el seguimiento de los pacientes, 122 efectos adversos fueron identificados. Ninguno de ellos grave. Sólo en el 14.3% del total de pacientes llevaron a la interrupción del tratamiento. 20 pacientes (35.7%) presentaron hiperprolactinemia asociada. En la mayoría de ellos los niveles se normalizaron a pesar del mantenimiento del tratamiento. Según los criterios de NCEP ATP III para el Síndrome Metabólico (SM), el 24% de pacientes (42.9%) tenían algún criterio diagnóstico de SM, aunque el 26.8% de ellos tenían alteraciones de estos parámetros en la visita basal y el 66.7% estaban ya con antipsicóticos antes de su inclusión. El 42% de los pacientes presentaron una alteración en la SAS. Respecto a la AIMS, el 5% presentaron parámetros anormales. En relación con los ítems de síntomas neurológicos de la SMURF, 12 pacientes refirieron algún síntoma. Ningún paciente presentó alteraciones relevantes en el ECG en relación con el tratamiento.

Conclusiones:

1. Los resultados globales de seguridad coinciden con los estudios publicados, revelando una buena tolerancia general a los antipsicóticos en niños y adolescentes; sin embargo, el porcentaje y tipo de síntomas que pueden presentarse, aunque leves o moderados, requieren un seguimiento por su posible repercusión a largo plazo.
2. SENTIA es una herramienta útil para la monitorización sistemática de efectos adversos de los antipsicóticos en niños y adolescentes. El alojamiento online de la base de datos facilita la participación multicéntrica y la inclusión de un mayor número de pacientes cuyos datos pueden ser analizados conjuntamente.

Referencias esenciales:

1. Findling RL, Steiner H, Weller EB. Use of antipsychotics in children and adolescents. *J Clin Psychiatry* 2005; 66 Suppl 7; 29-40.
2. Jensen PS, Buitelaar J, Pandina GJ, Binder C, Haas M. Management of psychiatric disorders in children and adolescents with atypical antipsychotics: a systematic review of published clinical



- cal trials. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Mar;16(2):104-20.
3. Vitiello B, Correll C, van Zwieten-Boot B, Zudadas A, Parellada M, Arango C. Antipsychotics in children and adolescents: increasing use, evidence for efficacy and safety concerns. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2009 Sep; 19(9):629-35.
 4. Correll C, Penzner J, Parikh U, Mughal T, Javed T, Carbon M, Malhotra A. Recognizing and Monitoring Adverse Events of Second-Generation Antipsychotics in Children and Adolescents. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*. 2006; 15: 311-340
 5. Castro-Fornieles J, Parellada M, Soutullo CA, Baeza I, Gonzalez-Pinto A, Graell M, Paya B, Moreno D, de la Serna E, Arango C (2008). Antipsychotic Treatment in Child and Adolescent First-Episode Psychosis: A Longitudinal Naturalistic Approach. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 18(4): 327-336.
 6. Fraguas D, Correll CU, Merchán-Naranjo J, Rapado-Castro M, Parellada M, Moreno C, Arango C. Efficacy and safety of second-generation antipsychotics in children and adolescents with psychotic and bipolar spectrum disorders: comprehensive review of prospective head-to-head and placebo-controlled comparisons. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011 Aug;21(8):621-45.
 7. Panagiotopoulos C, Ronsley R, Elbe D, Davidson J, Smith DH. First do no harm: promoting an evidence-based approach to atypical antipsychotic use in children and adolescents. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010 May; 19(2):124-37.
 8. Mehler-Wex C, Kölch M, Kirchheiner J, Antony G, Fegert JM, Gerlach M. Drug monitoring in child and adolescent psychiatry for improved efficacy and safety of psychopharmacotherapy. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2009 Apr 9;3(1):14.
 9. Rani, Fariz A.; Byrne, Patrick J.; Murray, Macey L.; Carter, Paul; Wong, Ian C.K. Paediatric Atypical Antipsychotic Monitoring Safety (PAMS) Study: Pilot Study in Children and Adolescents in Secondary- and Tertiary-Care Settings. Source: *Drug Safety*, Volume 32, Number 4, 2009 , pp. 325-333(9).

ASOCIACIÓN ENTRE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y GRAVEDAD DE LA SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA EN PACIENTES CON AN AL INICIO DE LA ENFERMEDAD DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

D Anastasiadou (1), AR Sepúlveda García (2), M Graell Berna (3), M Faya Barrios (3), G Morandé Lavín (4)

(1) Psicóloga. Estudiante de Doctorado. Becaria en el Programa de Doctorado de Excelencia en Psicología Clínica y de la Salud. Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Psicología, Departamento de Psicología Biológica y de la Salud.

(2) Psicóloga Investigadora (Ramón y Cajal). Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Psicología, Departamento de Psicología Biológica y de la Salud.

(3) Psiquiatra Adjunta. Sección de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Unidad de Trastornos Alimentarios. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

(4) Jefe de Sección de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

Introducción:

La respuesta familiar a los Trastornos Alimentarios (TA) podría ser un factor mantenedor de la enfermedad y un predictor de mal pronóstico en los pacientes con Anorexia Nerviosa (AN) (Schmidt y Treasure, 2006). Con el fin de obtener una imagen más completa de los factores protectores y de riesgo en la familia, es importante examinar la experiencia del cuidado y las estrategias de afrontamiento de los padres, desde una perspectiva de género.

Objetivos:

El objetivo del estudio es identificar patrones disfuncionales de respuesta familiar a la enfermedad que podrían estar asociados con la severidad de los síntomas, en madres y padres de pacientes con AN al inicio de la enfermedad.

Material y Métodos:

A los padres se les administraron cuestionarios autoinformados para evaluar sus niveles de ansiedad y depresión (HADS), la adaptabilidad y la cohesión familiar (FACES-II), sus niveles de Emoción Expresada (FQ), acomodación a los síntomas (AESED), estrategias de af-



rontamiento (COPE-28) y experiencia del cuidado (ECI). A las pacientes se les administraron entrevistas clínicas estructuradas (EDE-12 y K-SADS) y un cuestionario sobre la gravedad de la sintomatología alimentaria (EAT-26).

Resultados:

48 madres (edad media de 44,88 años, DT = 4,61) y 45 padres (edad media de 47,47 años, DT = 4,13) de 50 pacientes mujeres diagnosticadas de AN, con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años y con una duración media de la enfermedad de 15,74 meses (DT = 12,58) fueron reclutadas de la Unidad de Trastornos Alimentarios del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús en su primera consulta.

Las madres presentaron mayores niveles de ansiedad y sobreimplicación emocional y una experiencia del cuidado más negativa que los padres. Además, la gravedad de la sintomatología relacionada con el TA se relacionó con mayores niveles de ansiedad y depresión, acomodación a los síntomas y falta de cohesión y adaptabilidad en ambos padres, y también con mayor sobreimplicación

emocional, una experiencia del cuidado más negativa, negación y desconexión conductual como estrategias de afrontamiento en las madres, y con mayor criticismo, auto-distracción y búsqueda de apoyo social como estrategias de afrontamiento en los padres.

Conclusiones:

Las intervenciones familiares en los TA deberían enfocarse a las respuestas conductuales, cognitivas y emocionales de los padres desde una perspectiva de género.

Referencias:

1. Sepúlveda, Graell, Berbel, Anastasiadou, Botella, Carrobbles, & Morandé (2012). Factors associated with emotional well-being in primary and secondary caregivers of patients with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 20(1), e78-84.
2. Whitney, Murray, Gavan, Todd, Whitaker, & Treasure (2005). Experience of caring for someone with anorexia nervosa: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 187, 444-449.

PÓSTERES

REVISIÓN SISTEMÁTICA DE TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA LA DEPRESIÓN EN NIÑOS MENORES DE 13 AÑOS.

MA Forti Buratti (1), R Saikia (2), P Ramchandani (3)
(1) *Psiquiatra. Becaria Fundación Alicia Koplowitz. St Mary's Hospital / Imperial College, London, UK.*
(2) *Residente en psiquiatría infanto-juvenil en CNWL NHS Foundation Trust, London, UK.*
(3) *Psiquiatra Adjunto. Jefe del departamento de Psiquiatría Infanto-Juvenil Imperial College, London, UK.*

Resumen

La depresión, al contrario de lo que se pensaba hace unos años, es un trastorno que se manifiesta antes de la edad adulta, con un pico en la adolescencia. En los últi-

mos años además, se ha hecho énfasis en la presencia de este trastorno en niños más jóvenes. Existen estudios y ensayos clínicos sobre la depresión y su tratamiento en la adolescencia. Existen también revisiones sistemáticas combinando los resultados de dichos estudios. Sin embargo, en niños menores de 13 años, no hay un consenso sobre el tratamiento de la misma.

Dada la existencia de algunos estudios y ensayos clínicos de tratamiento para la depresión en la infancia, se ha llevado a cabo una revisión sistemática y meta-análisis de diferentes tratamientos psicológicos para la depresión en niños de 12 años o menores.

Dos de los autores realizaron una búsqueda sistemática en diferentes bases de datos (Embase, Medline, Psychinfo, Web of Knolwdege) utilizando una combinación de palabras clave. Mediante búsqueda y eliminación de du-



plicados se obtuvo un número total de 3799 referencias. Mediante lectura del título y abstract, se seleccionaron un total de 216 para la lectura del artículo completo. En las diferentes etapas se han cotejado los números obtenidos por cada uno de los revisores, alcanzando un consenso cuando hubo divergencia de opiniones.

Dada la importancia creciente de la depresión en edades tan jóvenes, es de vital importancia conocer las diferentes opciones terapéuticas disponibles, así como su eficacia, para ofrecer los mejores tratamientos a esta población vulnerable.

Referencias esenciales:

1. Cox, GR et al Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents (Review). The Cochrane Library. 2012 Issue 11.

COMO IR A LA UNA EN LA RED. EXPERIENCIA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL EN EL PROGRAMA INTERXARXES.

J Borrás Crusat (1), M Dot Pallerés (2), E Miró Aspa (1) Psicóloga Clínica. Coordinadora Centro Salud Mental Infanto Juvenil. Hospital Sant Rafael. Barcelona (2) Psicóloga Clínica. Adjunta. Centro Salud Mental Infanto Juvenil. Hospital Sant Rafael. Barcelona

Resumen

Introducción/antecedentes:

El Programa Interxarxes (IX) se inició en el año 2000 a partir de la reflexión de los profesionales de los Servicios Públicos de Atención a la Infancia en relación a la intervención con familias multiasistidas, ya que se detectaba una descoordinación de las redes públicas de salud, atención social y educación.

El modelo Interxarxes ha apostado por la centralidad del caso y la conversación interdisciplinaria como procedimiento principal (Ubieto, J.R.2009).

Cuenta con soporte institucional.

Hipótesis y Objetivos:

Describir la participación del Centro de Salud Mental Infanto Juvenil (CSMIJ) en un programa de trabajo en red.

Material y Métodos:

Revisión de la experiencia y de documentos de trabajo del Programa Interxarxes desde el año 2000

Resultados:

El Programa Interxarxes se estructura alrededor de cuatro ejes de actuación, que se interrelacionan y de los cuales se derivan sus objetivos:

- Mejora de la calidad asistencial
Los criterios de inclusión consisten en la atención de población de 0-18 años y familias, con problemática compleja, en las que intervienen un mínimo de tres Servicios y residentes en un distrito de Barcelona.
- Se establece el protocolo de actuación, que incluye una reunión trimestral y la elaboración del acta, constanding las informaciones recibidas y los acuerdos pactados. Una clave del trabajo interdisciplinar es la construcción del caso.
- Formación sobre trabajo en red
Se realiza el Seminario de Análisis y Discusión de Casos, con la participación de los profesionales del distrito
- Aumento del conocimiento de la realidad de la infancia/familia
Estudios valorativos
- Prevención y actividad comunitaria

Participación del Programa en grupos de trabajo de dinamización comunitaria.

La actuación del CSMIJ consiste en la atención directa con el menor y la familia e indirecta con los otros profesionales implicados en el caso.

Conclusiones:

El Programa Interxarxes se ha consolidado como un programa de trabajo en red de atención al menor y familia. La participación del CSMIJ ha favorecido una visión transversal del caso.

La metodología multidisciplinaria ha sido útil para la elaboración de estrategias consensuadas de intervención y mayor adherencia al tratamiento.

Este método de trabajo asimismo revierte en mayor satisfacción de los profesionales.

Referencias esenciales:

1. Ubieto, JR. (2009): El trabajo en red. Usos posibles en Educación, Salud Mental y Servicios Sociales, Gedisa, Barcelona.



TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

JL Jiménez Hernández (1), MS Andrés-Gayón Pérez (2), N Silva Dalvit (3), B Quintana Saiz (4), M López Rico (5)
(1) *Psiquiatra infanto-juvenil. Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil del CSM Carabanchel. Madrid*
(2) *Psicóloga infanto-juvenil. Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil del CSM Carabanchel. Madrid*
(3) *MIR de Psiquiatría. Hospital Doce de Octubre. Madrid*
(4) *PIR de Psiquiatría. Hospital Doce de Octubre. Madrid*
(5) *Profesora Titular de Psicofarmacología. Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca*

Resumen

Introducción/antecedentes: El tratamiento psicoterapéutico es eficaz para prevenir problemas conductuales. El uso de psicofármacos se reserva solo para trastornos del comportamiento consolidados.

Hipótesis y Objetivos: Se pretende mostrar la intervención psicoterapéutica apropiada para mejorar la evolución de signos oposicionistas en la infancia así como la necesaria asociación con psicofármacos cuando se comprueba el diagnóstico de TDAH (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad)

Material y Métodos: Se presentan dos pacientes, un varón de 4 años con respuestas oposicionales, al que se le aplica terapia conductual de extinción, paralela a refuerzo positivo, complementada con terapia familiar para ayudar a evitar descalificaciones y colaborar en la puesta parental de límites. El segundo es un varón de 16 años, remitido judicialmente por atraco con violencia, con sintomatología que confirma TDAH comórbido, indicándose el inicio de su tratamiento con metilfenidato.

Resultados: El primer caso se resolvió tras la terapia que implicó a los padres en su solución para evitar problemas futuros. El segundo, aunque mostró una muy favorable evolución sin recaídas posteriores, precisó continuar el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico hasta poder integrarse en el mundo social y laboral. Se confirma que la psicoterapia es imprescindible para

proteger frente a los problemas de conducta en edades pediátricas. Los fármacos son fundamentales cuando nos encontramos ante asociaciones sintomáticas comórbidas.

Conclusiones: 1ª El trabajo en equipo multidisciplinario es esencial para la psico-profilaxis de los Trastornos Disociales y se basa en los cambios cognitivos que se produzcan tanto en el paciente como en sus padres. 2ª Su tratamiento farmacológico es necesario para normalizar conductualmente las situaciones concretas que lo precisen.

Referencias esenciales:

1. BYWATER TJ: "Perspectives on the psychological management of conduct disorder". *Br.J.Psychiatry*; Agosto; 201; 85-87; 2012. LINARES LO, MARTINEZ-MARTIN N. y CASTELLANOS FX: "Stimulant and atypical antipsychotic medications for children placed in foster homes". *PLoS One*; 54152; 8 (1); 2013.

"VIVIENDO SIN VIVIR EN MI".A PROPÓSITO DE UN CASO.

T Aparicio Reinoso (1), C Romans Ruiz (2), D Moreno Pardo (3)
(1) *MIR-IV Psiquiatría. Hospital Dr. Rodríguez Lafora. Madrid*
(2) *Residente de Psiquiatría Parc Sanitari Sant Joan de Deu, Sant Boi de Llobregat.*
(3) *Psiquiatra. Unidad de Adolescentes. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid*

Resumen

Introducción/antecedentes: La hebefrenia, es un subtipo poco frecuente de esquizofrenia de inicio en la adolescencia y con mal pronóstico por múltiples síntomas negativos, trastornos afectivos importantes, ideas delirantes, alucinaciones transitorias y fragmentarias, pensamiento desorganizado, alteraciones del lenguaje, severas alteraciones del comportamiento y de interacción.

Se trata de una patología grave y persistente pero con un adecuado diagnóstico precoz y rápida instauración de tratamiento psicoterapéutico y farmacológico junto con un entorno educativo y familiar estable pueden mejorar su pronóstico futuro.

Hipótesis y Objetivos: Analizar las dificultades para



un correcto diagnóstico y valorar los posibles diagnósticos diferenciales existente.

Material y Métodos: Exposición de un caso clínico (Historia clínica y pruebas clínicas/neuropsicológicas) y revisión bibliográfica.

Resultados: A pesar de compartir características comunes con el resto de esquizofrenias, la hebefrenia tiene sus peculiaridades.

Los síntomas psicóticos en niños y adolescentes pueden ser confusos y difíciles de evaluar en las primeras etapas. Sin embargo, los primeros síntomas, como la pérdida funcional o alucinaciones, debe tomarse en serio. Si bien los síntomas pueden remitir en muchos casos con el tiempo, los primeros síntomas están asociados con un mayor riesgo de trastornos del espectro esquizofrénico en adultos.

También hay una buena evidencia de que el tratamiento precoz reduce la morbilidad y la mortalidad asociada con este grupo de enfermedades mentales graves.

Conclusiones: Los síntomas psicóticos en niños y adolescentes pueden ser confusos y difíciles de evaluar en las primeras etapas. Sin embargo, los primeros síntomas, como la pérdida funcional o alucinaciones, deben tomarse en serio. Si bien los síntomas pueden remitir en muchos casos con el tiempo, los primeros síntomas están asociados con un mayor riesgo de trastornos del espectro esquizofrénico en adultos.

También hay una buena evidencia de que el tratamiento precoz reduce la morbilidad y la mortalidad asociada con este grupo de enfermedades mentales graves.

Referencias esenciales:

1. IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012. Schizophrenia and other psychotic disorders of early onset. Jean Starling & Isabelle Feijo
2. Childhood-onset schizophrenia and schizophrenia spectrum disorder. Matsumoto H. Seishin Shinkeigaku Zasshi. 2011;113(7):696-703. Japa-

nese.

3. Childhood-onset schizophrenia: the challenge of diagnosis. Gochman P, Miller R, Rapoport JL. *Curr Psychiatry Rep.* 2011 Oct;13(5):321-2. doi: 10.1007/s11920-011-0212-4.

PROPUESTA DE GUÍA TERAPÉUTICA PARA EL TRASTORNO BIPOLAR (TB) EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: UNA REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA.

X Álvarez Subiela (1), A Pedra Camats (2)

(1) Médico psiquiatra, adjunto de psiquiatría en la unidad de hospitalización del Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat.

(2) Médico psiquiatra, jefe de servicio de la unidad de hospitalización infante – juvenil del Hospital Sta. Maria de Lleida.

Resumen

Introducción:

El trastorno bipolar es una enfermedad grave y recurrente. A pesar de que en niños se haya considerado raro, ya Kraepelin documentó su inicio en menores de 10 años en un 0,4%, y cada día aumenta su frecuencia gracias a la mayor capacidad de los clínicos para su diagnóstico. A pesar de esto no existen guías clínicas basadas en la evidencia que nos orienten para el tratamiento del TB en niños y adolescentes tanto en la fase aguda como en la prevención de recaídas.

Hipótesis y Objetivos:

Realizar un guía clínica basada en la evidencia científica.

Material y Métodos:

Se realiza una revisión de las guías de tratamiento y los artículos sobre el tratamiento del TB en niños y adolescentes, valorando las diferentes terapias psicológicas, actuaciones psicosociales y la psicofarmacología de dicho trastorno, evaluando el nivel de rigurosidad científica para realizar la propuesta.

Resultados:



Figura 1. Propuesta de guía terapéutica para TB adolescente en fase aguda.

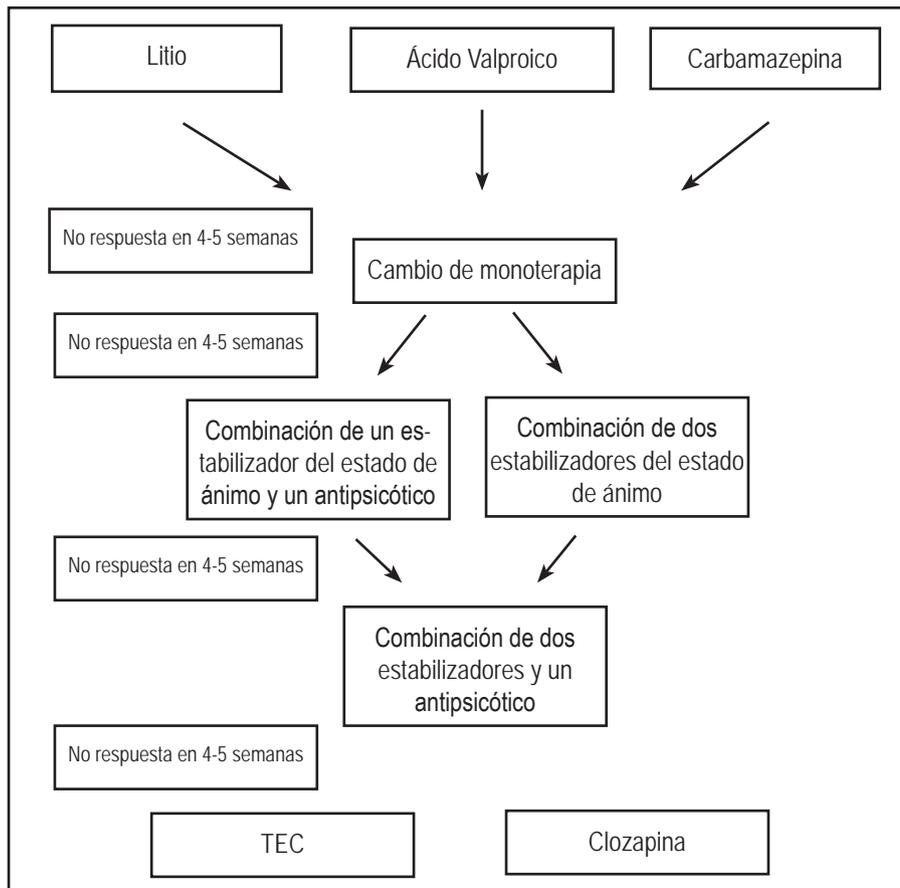
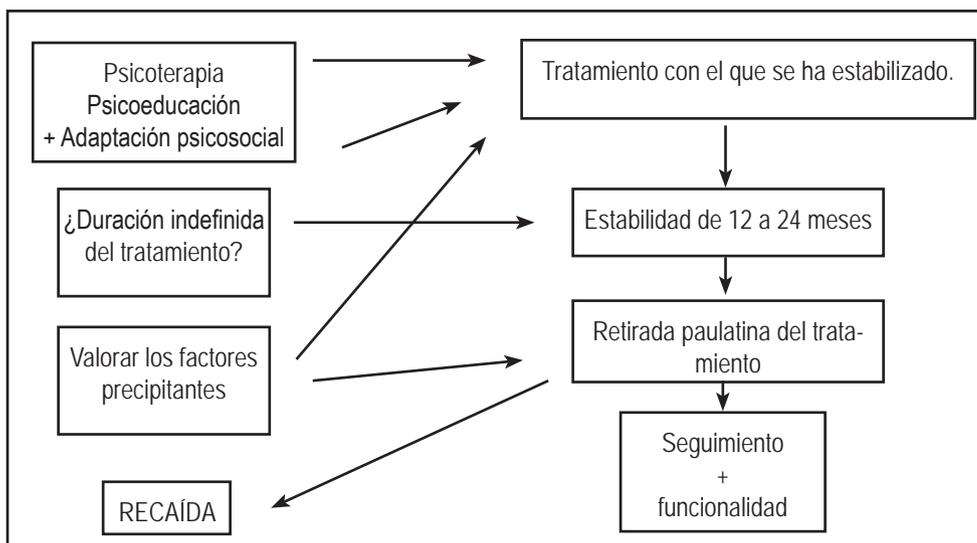


Figura 2. Propuesta de guía terapéutica para TB adolescente en fase de mantenimiento y prevención de recaídas.





Conclusiones:

▲ Se necesitan más estudios y de mayor calidad científica sobre tratamiento de la prevención de recaídas en el TB de niños y adolescentes.

▲ Se debe hacer una buena psicoeducación al niño y a los familiares para prevenir las recaídas, orientando a las familias y a las escuelas para facilitar la adaptación y la vida cotidiana.

▲ El tratamiento de 1a línea para el mantenimiento del TB son los psicofármacos.

▲ El litio es el tratamiento de primer orden en el TB junto con los anticonvulsivantes más estudiados como la carbamazepina y el ácido valproico a pesar de la falta de evidencias científicas en niños y adolescentes con TB.

▲ Se pueden usar en combinación el litio con los anticonvulsivantes, así como los anticonvulsivantes entre ellos pudiendo mejorar la prevención de recaídas.

▲ Los antipsicóticos podrían ser útiles para la prevención de las comorbilidades y la mejora sintomática en las fases de mantenimiento, así como otros psicofármacos.

▲ Existen psicoterapias coadyuvantes que ayudan a la mejora de síntomas secundarios y comorbilidades de la enfermedad así como a la mejora de la calidad de vida y adaptación funcional.

▲ La TEC y la clozapina podrían ser útiles en el mantenimiento del TB en niños y adolescentes que han sido refractarios a un tratamiento adecuado o con intolerancias a la medicación, pero necesitan más evidencias científicas.

▲ Es importante hacer un buen diagnóstico y seguimiento de los pacientes con TB durante la infancia y la adolescencia.

Referencias esenciales:

1. Kowatch, R. A., Fristad, M., Birmaher, B. et al 2005. Treatment guidelines for children and adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 44(3): 213-35.
2. James, A. C. y Javaloyes, A. M. 2001. The treatment of bipolar disorder in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 42(4):439-49.
3. AACAP 2007. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46:1.
4. American Psychiatric Association (APA). Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disor-

- ders. Compendium 2002. Published by American Psychiatric Association, Washington, D.C. 2002.
5. AEPNyA. Enfermedad bipolar en niños y adolescentes (2008) en *Protocolos clínicos de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente* 2008. [Versión electrónica].
6. Organización Mundial de la Salud (OMS) 2010. *Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y el uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental.* [Recurso electrónico].
7. Comité de consenso de Catalunya en terapéutica de los trastornos mentales. *RTM-III. Recomendaciones Terapéuticas en los Trastornos Mentales.* Ars Medica. 3a Edición, Barcelona 2005.
8. Tomàs, J., Bielsa, A., Rafael, A. *Trastorno Bipolar de Inicio Precoz. Consensos y discrepancias.* Editorial Panamericana. 1a Edición, Madrid 2013.

“PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN Y EVALUACIÓN MULTIDISCIPLINAR DEL TDAH EN UNA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA AMBULATORIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE”

N García Campos (1), I Miernau Lopez (2), J Quintero (3)

(1) Departamento de psicología de la Clínica Dr Quintero de Madrid.

(2) Coordinadora del departamento de psicología de Psikids Madrid.

(3) Jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Infanta Leonor Madrid

Resumen

Introducción:

Numerosas investigaciones apuntan que la intervención más adecuada para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, es aquella que se realiza desde en un enfoque multidisciplinar y aplicada en los diferentes contextos relacionales del paciente.

Objetivo:

Presentar el modelo multidisciplinar de evaluación e intervención en el TDAH, que se lleva a cabo en nuestra



unidad de psiquiatría y psicología del niño y del adolescente.

Método:

El primer paso que realiza el paciente al llegar a nuestro centro es una consulta inicial con psiquiatría para realizar la historia clínica. En este momento el médico decide que es lo siguiente que se le va a indicar al paciente, lo más frecuente es una evaluación neuropsicológica completa, para confirmar o descartar la presencia del trastorno y valorar otros aspectos de relevancia de cara al tratamiento y expresión de los síntomas como es la capacidad intelectual y los posibles trastornos comórbidos. Si el psiquiatra lo valora ve necesario, se le mandaran pruebas médicas (EEG, analíticas, etc.).

En la evaluación, realizada por un psicólogo de la unidad, se incluye la recogida de datos mediante entrevistas y cuestionarios tanto en el ámbito familiar como en el escolar, para valorar la repercusión funcional, en el caso de existir, del problema en los diferentes contextos.

Una vez culminada la evaluación el psicólogo y el médico devuelven a los padres la información y en el caso de cumplir criterios para el diagnóstico de TDAH, se les plantea unas recomendaciones terapéuticas, que abarcan desde la estimulación de las funciones cognitivas deficitarias, hasta la psicoeducación de padres y profesores.

Conclusiones:

En la comunicación final expondremos pormenorizadamente tanto el proceso de evaluación como las diferentes posibilidades de intervención, en función del subtipo de TDAH que padezca el paciente y las diferentes particularidades de cada caso.

A PROPÓSITO DE UN CASO: SORDERA Y ESQUIZOFRENIA.

M Rojas-Estapé (1), C Romans-Ruiz (2), D Moreno-Pardillo (3)

(1) Residente 4 de Psiquiatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro (Madrid).

(2) Residente 4 de Psiquiatría. Parc Sanitari Sant Joan de Deu, San Boi de Llobregat.

(3) Responsable Unidad Unidad de Adolescentes. Hospital Universitario Gregorio Marañón (Madrid).

Resumen

Introducción/antecedentes: Paciente varón de 17 años diagnosticado de Rubéola congénita y sordera neurossensorial con buen funcionamiento cognitivo. Desde el nacimiento ha acudido a diferentes dispositivos para el tratamiento de su sordera pero no es hasta los nueve años que comienza con un implante coclear sin responder de manera efectiva. A los 17 años comienza con sintomatología psicótica de tipo alucinatorio, con ideación delirante de tipo fantasmático e ideas de perjuicio. Cree que hay dos seres en su interior y refiere “oír voces” que le insultan.

Es ingresado en la Unidad de Adolescentes del Hospital Gregorio Marañón (Septiembre 2005). Es dado de alta con tratamiento antipsicótico, (risperidona 9mg) cesando la sintomatología delirante. Debido a efectos extrapiramidales, aparición de cuadro de sonidos guturales y posible espasmo glótico secundarios a tratamiento psiquiátrico el paciente es derivado a Urgencias del Hospital Puerta de Hierro (por ser su Hospital de referencia) para valoración, ingreso y ajuste de medicación. Desde entonces ha precisado cuatro ingresos por resistencia a tratamiento. Actualmente se encuentra diagnosticado de esquizofrenia paranoide con tratamiento clozapina 300 mg.

Hipótesis y objetivos: La sordera y la patología psiquiátrica comparten a lo largo de su historia muchas similitudes, en especial en lo que respecta al tratamiento que la sociedad les ha proporcionado, ambas sufren el aislamiento, la marginación y la estigmatización. La clínica psiquiátrica acepta como un síntoma frecuente y fundamental la presencia de alucinaciones auditivas en pacientes psicóticos “oyentes” pero ¿que ocurre cuando el paciente psicótico es sordo? ¿Debemos esperar un síntoma idéntico aunque exista una discapacidad sensorial?

Este caso plantea varios temas interesantes. Por una parte el estudio de la patología psiquiátrica en pacientes sordos, y de modo concreto las alucinaciones auditivas en el contexto de un episodio psicótico. La literatura nos muestra que la localización cerebral del centro del lenguaje es idéntica para sordos y oyentes aunque su forma de expresión varíe. Las alucinaciones verbales dependen del grado de pérdida auditiva y del momento de aparición de la sordera. Todo ellos supeditados al momento de adquisición del lenguaje y de la experiencia auditiva previa, además de la modalidad del lenguaje y pensam-



iento del paciente. Es importante tener en cuenta que el paciente sordo presenta formas de expresión y pensamiento diferentes a los que oyen siendo de máximo interés lo relacionado con el campo visual (lenguaje de signos, etc.). Una expresión lingüística pobre está asociada a pobre comprensión y por tanto el problema de la sordera es que corre el riesgo de convertirse en una deficiencia en el dominio del lenguaje a no ser que se tomen medidas eficaces tempranas.

Este caso también plantea la relación entre las enfermedades infecciosas y el riesgo de patología mental grave. En el último año han sido publicados varios artículos (Brown et al, 2012) en los que se objetiva que existe relación entre infección prenatal y esquizofrenia y autismo.

Referencias esenciales:

1. Epidemiologic studies of exposure to prenatal infection and risk of schizophrenia and autism.
2. Brown AS. Dev Neurobiol. 2012 Aug 23. Source: College of Physicians and Surgeons of Columbia University, New York State Psychiatric Institute, New York, New York, USA. asb11@columbia.edu
3. MMW Fortschr Med. 2011 Mar 31;153 Suppl 1:10-3. Peculiarities of schizophrenic diseases in prelingually deaf person. [Article in German]. Engmann B. Source: Klinik für Psychiatrie, Universität Leipzig. oa.engmann@fachklinikum-brandis.de

DETECCIÓN PRECOZ EN EL AUTISMO. RESULTADOS DE INDICADORES DE AFECTACIÓN EN MENORES.

M Busto Garrido (1), A Navarro Moreno (1), I Hernández Otero (2), J Calzado Luengo (3), A Lara Pino (4)

(1) MIR Psiquiatría. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J). UGC Salud Mental. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

(2) Psiquiatra Infantil. Coordinadora de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J). UGC. Salud Mental. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

(3) Monitora Ocupacional. Psicóloga. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J). UGC Salud Mental. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

(4) Psicóloga Clínica. Unidad de Salud Mental Infanto-

Juvenil (USMI-J). UGC Salud Mental. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Resumen

Introducción/antecedentes:

En 1943 Leo Kanner publicó “Los trastornos autistas del contacto afectivo”. En ese artículo propuso la existencia de un síndrome infantil al que denominó Autismo Infantil Precoz. Kanner agrupó las alteraciones que configuran este síndrome en tres grandes áreas: Alteraciones en la Interacción Social, Alteraciones en el Área de la Comunicación y del Lenguaje y Alteraciones en el comportamiento. Desde entonces el concepto de autismo infantil ha evolucionado con las distintas clasificaciones diagnósticas. A la vista de todas las dificultades que plantea la delimitación y clasificación categorial del autismo, Lorna Wing (1988) propone el concepto de continuo o espectro autista, que implica entender los rasgos autistas como situados en un continuo de dimensiones de desarrollo alteradas en las que los rasgos autistas correspondientes a una misma dimensión pueden variar. En una investigación realizada por Riviere en el año 2000 se analizaron los informes retrospectivos proporcionados por 100 familias que tenían un hijo con Trastorno Autista, obteniendo los siguientes datos: El 25% de los padres tuvo sospechas de que “algo no iba bien” durante el primer año de vida (a partir de los 9 meses). El 57% se alarmó durante el segundo año de vida del niño ante su falta de respuestas, el 11% de los padres se preocupó por la presencia de este tipo de comportamiento después del 2º año (sobre todo entre los 24 y los 30 meses) y el 7% de los padres observó comportamientos extraños entre los 36 y los 42 meses. A partir de estos resultados, el autor plantea que existe un patrón evolutivo en la manifestación de las alteraciones que caracterizan al Trastorno Autista.

Hipótesis y Objetivos:

Realizamos una revisión de 30 casos de diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista en nuestra Unidad. Describiremos las señales detectadas por los padres y el momento de la aparición de las mismas, así como sus reacciones y el momento en que buscan ayuda especializada.

Material y Métodos:

Los datos serán extraídos de la Entrevista para el Diagnóstico de Autismo (ADI-R) administrada a los padres de toda nuestra muestra de pacientes. Revisaremos los ítems



correspondientes a primeras señales de alarma, momento cronológico en el que empezaron, existencia de áreas clave en el desarrollo evolutivo típico y reacción de los padres ante las mismas.

Resultados:

Estudio en curso.

Conclusiones:

Nuestro estudio pretende corroborar los hallazgos encontrados por otros investigadores y plantear una reflexión sobre la necesidad de encontrar instrumentos de detección precoz para poder comenzar intervención con estos menores, factor que va a determinar el pronóstico del cuadro clínico.

Referencias esenciales:

1. Bailey AJ, Rutter ML. Autism. *Sci Prog.* 1991; 75 (298 Pt 3-4): 389-402.
2. Brioso A. Alteraciones del Desarrollo y Discapacidad. *Trastornos del Desarrollo.* Editorial Sanz y Torres. Enero 2013. ISBN: 978-84-15550-22-8.
3. Phillips W, Gómez JC, Baron-Cohen S, Laá V, Rivièrè A. Treating people as objects, agents, or "subjects": how young children with and without autism make requests. *J Child Psychol Psychiatry.* 1995 Nov; 36 (8): 1383-98.

LA CINESITERAPIA EN EL TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN

J Cornellà i Canals (1), GS Desplan (2)

(1) Doctor en Medicina. Pediatra y Paidopsiquiatra. Diplomado en Autismo por la Universidad de Montpellier (Francia). Profesor de la Escuela EUSES de Fisioterapia de la Universitat de Girona.

(2) Alumno de cuarto curso de Fisioterapia en la Escuela EUSES de Fisioterapia de la Universitat de Girona.

Resumen

Introducción/antecedentes:

El tratamiento del TDAH. Ya Alfred Strauss en 1936 abogaba por la necesidad del ejercicio físico en los niños hiperactivos (1). Recientemente se ha publicado un trabajo (2) en que se concluye que el ejercicio aeróbico, moderadamente intenso es de utilidad en el tratamiento coadyuvante del TDAH.

Hipótesis y Objetivos:

El objetivo fundamental de este trabajo ha sido la replicación del tratamiento que se propone en este trabajo. Sus resultados pueden abrir nuevas perspectivas en el abordaje de los síntomas asociados al TDAH.

Material y Métodos:

La muestra se compone de 20 niños, entre 8 y 10 años, escogidos aleatoriamente entre los colegios de nuestra zona urbana, con sintomatología de TDAH (criterios del DSM IV TR), que no han recibido tratamiento farmacológico durante los últimos 30 días, a los que se ha sometido a un ejercicio aeróbico moderadamente intenso durante 20 minutos. Previamente a la realización de la prueba física se han realizado tests para evaluar las capacidades en atención y concentración. Estas mismas pruebas se han efectuado al acabar el ejercicio. En una segunda sesión, debidamente espaciada, se ha efectuado otra sesión en que, efectuando las mismas pruebas de evaluación, se ha sustituido el ejercicio físico por 20 minutos de lectura. Asimismo, se han efectuado las mismas pruebas a 20 niños, de las mismas edades, sin sintomatología de TDAH, que han servido como grupo control.

Resultados:

Los resultados obtenidos confirman los hallazgos encontrados en el estudio que nos sirve de base. La realización de ejercicio aeróbico moderadamente intenso mejora los resultados obtenidos en las pruebas de atención.

Conclusiones:

Desde la cinesiterapia se pueden mejorar las capacidades de atención de los niños con TDAH mediante el ejercicio aeróbico moderadamente intenso. A partir de aquí, hay que plantear nuevos estudios que promuevan su aplicación en la actividad docente.

Referencias esenciales:

1. Strauss A. introducción al estudio de la Pedagogía Terapéutica. Barcelona: Editorial Labor; 1936.
2. Pontifex MB, Saliba BJ, Raine LB, Picchietti DL, Hillman DH. Exercise Improves Behavioral, Neurocognitive, and Scholastic Performance in children with Attention-Deficit/Hyperactivity disorder. *J Pediatr.* 2012 Oct 17. pii: S0022-3476(12)00994-8. doi: 10.1016/j.jpeds.2012.08.036. [Epub ahead of print]



INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA INTEGRAL CON NIÑOS CON AUTISMO DE BAJO FUNCIONAMIENTO

V Laporte Breyse (1), J Cobo (2), E Piera (1), R Martínez (1), M Pamias (3)

(1) Psicóloga adjunta, Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de la Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Catalunya.

(2) Psiquiatra adjunto, Centro de Salud Mental de la Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Catalunya.

(3) Psiquiatra, Coordinadora del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de la Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Catalunya.

Resumen

Introducción/antecedentes: Según las recomendaciones de la guías de práctica clínica del autismo, un buen tratamiento de los TEA debe ser individualizado, basado en una intervención de enseñanza organizada y estructurada y con carácter intensivo y extensivo en todos los contextos de la persona. En los últimos años, la intervención grupal psicoeducativa en diagnóstico, métodos de aprendizaje estructurado como el TEACCH (Schopler, 1997), el uso de sistemas alternativos de comunicación como el PECS (Bondy et al., 1985) y el entrenamiento cognitivo-conductual de padres, se han mostrado efectivos en estos pacientes (Fuentes-Biggi et al., 2006).

Hipótesis y Objetivos: El objetivo principal de este trabajo es analizar la efectividad de una intervención psicoterapéutica integral en varios contextos: escolar, familiar y clínico, para mejorar las habilidades de conducta funcional adaptativa de pacientes con autismo de bajo funcionamiento. Como objetivos específicos nos proponemos valorar la intervención a partir de un grupo psicoeducativo para las familias de nuestros pacientes. Así como evaluar el efecto terapéutico de este grupo en la salud mental de estos familiares.

Material y Métodos: Se trata de una muestra de 9 niños y 2 niñas (n=11), de edad entre 8 y 17 años. Diagnosticados de autismo de bajo funcionamiento, atendidos en el servicio de salud mental de la Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell en Catalunya. Todos ellos pertenecientes a dos centros de educación especial, incluidos en una intervención psicoterapéutica integral del niño con autismo, durante un período de dos años.

Estos, son evaluados a través de la escala de Vineland II (Sparrow et al., 2005) al inicio y al final de la intervención, con la que se miden las habilidades de los niños en diferentes áreas: comunicación, autonomía y habilidades de la vida diaria, socialización, habilidades motrices y conducta desadaptativa. También es utilizada la escala GHQ-28 (Lobo et al., 1996) administrada a los mismos padres al finalizar el grupo psicoeducativo, para medir su salud general a partir de las siguientes subescalas: síntomas somáticos, ansiedad y insomnio, disfunción social y depresión grave.

Resultados: Después de la intervención psicoterapéutica integral con el grupo de pacientes de la muestra, a partir de la escala Vineland II, se observa una mejoría significativa en el área de la autonomía y hábitos de la vida diaria. También se han detectado diferencias con tendencia a la significación en los aspectos más concretos como la vida en comunidad, las habilidades de adaptación y la disminución de conductas desadaptativas. Después de la intervención psicoeducativa a las familias de nuestros pacientes, se observa una mejoría en todas las áreas de salud que mide la Escala GHQ, aunque los resultados no llegan a la significación. Tras la intervención grupal, los familiares puntuaban menor en la escala de Ansiedad y insomnio, y la escala de Depresión grave.

Conclusiones: Una intervención psicoterapéutica integral, basada en un plan individualizado permite un aumento de las habilidades de autonomía y de la vida diaria del niño con autismo. A partir de una intervención integral con los referentes del niño desde el ámbito escolar, familiar y clínico, conseguimos una disminución de las conductas desadaptativas del paciente. Finalmente, a partir de la intervención complementaria del grupo psicoeducativo para sus familias, se consigue una mejoría de su salud general, disminuyendo los niveles de ansiedad y depresión de los padres.

Referencias esenciales:

1. Fuente-Biggi, J., Ferrari-Arroyo, M.J., Boada-Muñoz, L. Et al. (2006). Good practice guidelines for the treatment of autistic spectrum disorders. Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo, España. *Rev. Neurol.* Oct 1-15; 43 (7): 425-38.



- Schopler, E. (1997), Implementation of the TEACCH philosophy. In D.J. Cohen, & F.R. Volkmar (Eds.), Handbook of autism and pervasive developmental disorders (pp. 767-795). New York: Wiley.
- Ali, E., MacFarland, S. & Umbreit, J. (2011). Effectiveness of Combining Tangible Symbols with the Picture Exchange Communication System to Teach Requesting Skills to Children with Multiple Disabilities including Visual Impairment. Education and Training in Autism and Developmental Disabilities, 46, 425-435.

CYBERBULLYING Y SALUD MENTAL EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES DE SECUNDARIA

M Martínez Hervés (1), N Hickey (2), T Kramer (3)
(1) *Psiquiatra, Becaria de la Fundación Alicia Koplowitz en el Hospital St Mary's de Londres*
(2) *Psicóloga forense. Unidad Académica de Psiquiatría del niño y el adolescente, St Mary's Hospital*
(3) *Psiquiatra Infantil, Unidad Académica de Psiquiatría del niño y del adolescente, St Mary's Hospital*

Resumen

Introducción/antecedentes:

El cyberbullying o ciber acoso es considerado una nueva forma de abuso, pero por medio del uso de tecnologías tales como Internet o el teléfono móvil. Este fenómeno ha cobrado una importancia relevante en los últimos años debido a su creciente prevalencia entre los jóvenes y a la gravedad de sus consecuencias en la salud mental de estos. Muchos estudios han descrito de forma limitada asociaciones con algunos problemas emocionales, conductuales o psicosociales, sin hacer una consideración global de los mismos en la mayor parte de los casos. Tanto las víctimas como los agresores han sido relacionados con la presencia de problemas psiquiátricos y psicosomáticos, pero en mayor medida en aquellos que son ambos, víctimas y agresores.

Hipótesis y Objetivos:

- Analizar los patrones de uso de la tecnología en una muestra de estudiantes de secundaria y su asociación con el cyberbullying.
- Analizar las asociaciones transversales entre el cyberbullying y la sintomatología psiquiátrica.

Material y Métodos:

Sujetos: 2764 estudiantes de secundaria, entre 11 y 19 años de edad, procedentes de cuatro colegios de Londres.

Medidas: Se recogieron los siguientes datos por medio de cuestionarios auto administrados:

- Datos demográficos, tipo de tecnología utilizada, así como la frecuencia y la intensidad de uso.
- Cuestionario de Olweus sobre el abuso escolar, se mantuvo intacto para evaluar el acoso tradicional, mientras que para evaluar el cyberbullying se empleó una adaptación del mismo.
- Los rasgos de personalidad fueron evaluados con tres escalas: Eysenck Impulsiveness Scale, Childhood Narcissism Scale y la Callous Unemotional Traits.
- Moods and Feelings Questionnaire (MFQ), para valorar síntomas depresivos.
- Short Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) para valorar ansiedad.
- Rosenberg Self-Esteem scale para evaluar la autoestima.
- Impact of Events Scale, para evaluar la respuesta al trauma.
- Se incluyeron varias preguntas con el fin de evaluar la naturaleza, frecuencia e intensidad de las quejas somáticas.

Se nombró a un tutor de enlace en cada institución, el cual se encargó de mediar la comunicación entre el equipo de investigación y el colegio correspondiente.

Resultados:

Los datos están actualmente siendo analizados. Se darán resultados en cuanto a frecuencias y asociaciones entre el uso de tecnología, cyberbullying y factores psicosociales.

Se emplearán pruebas paramétricas y no paramétricas para la obtención de los mismos.

Referencias esenciales:

- Kim, Y.S., et al., School bullying and youth violence: causes or consequences of psychopathologic behavior? Arch Gen Psychiatry, 2006. 63(9): p. 1035-41.
- Sourander, A., et al., Psychosocial risk factors associated with cyberbullying among adolescents: a population-based study. Arch Gen Psychiatry, 2010. 67(7): p. 720-8.



FUNCIONAMIENTO EJECUTIVO EN EL TRASTORNO BIPOLAR PEDIÁTRICO: UN ESTUDIO PILOTO.

E Camprodon Rosanas (1), S Batlle Vila (1), X Estrada i Prat (2), L Duñó Ambrós (3), M Aceña Díaz (4), M Marrón Cordón (5), LM Martín López (6)

(1) Psicólogo Adjunto del Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica. Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) Sant Martí Sud. Unitat Trastorn Bipolar Pediàtric Litoral. Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones (INAD)- Parc de Salut Mar (Hospital del Mar).

(2) Psiquiatra Adjunto del Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica. Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) Sant Martí Sud. Unitat Trastorn Bipolar Pediàtric Litoral. Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones (INAD)- Parc de Salut Mar (Hospital del Mar).

(3) Psiquiatra-Coordinadora Adjunta del Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica. Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) Sant Martí Sud. Unitat Trastorn Bipolar Pediàtric Litoral. Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones (INAD)- Parc de Salut Mar (Hospital del Mar)

(4) Diplomada Universitaria en Enfermería. Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica. Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) Sant Martí Sud. Unitat Trastorn Bipolar Pediàtric Litoral. Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones (INAD)- Parc de Salut Mar (Hospital del Mar).

(5) Trabajadora Social. Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica. Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) Sant Martí Sud. Unitat Trastorn Bipolar Pediàtric Litoral. Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones (INAD)- Parc de Salut Mar (Hospital del Mar).

(6) Psiquiatra. Dirección de línea asistencial en Hospital del Mar-Parc de Salut Mar.

Resumen

Introducción/antecedentes:

El Trastorno Bipolar Pediátrico (TBP) es un trastorno psiquiátrico grave que incluye: fluctuaciones del estado de ánimo, irritabilidad, ideas de grandiosidad, euforia, fuga de ideas, hipersexualidad, insomnio, hiperergia, inatención, taquialia, empobrecimiento del pensamiento, hiperactividad, sintomatología psicótica, taquipiquia. En el perfil neurocognitivo de pacientes con TB se han hallado principalmente déficits en: atención, fun-

ciones ejecutivas, aprendizaje verbal, memoria visual, inhibición de respuesta y velocidad de procesamiento. Se desconoce de forma clara si estas deficiencias son distintas a las observadas en el TDAH o si son formas más graves de las mismas alteraciones. Algunos estudios, informan de perfiles neurocognitivos parecidos entre los TDAH y los TB con una mayor afectación en los TDAH.

Hipótesis y Objetivos:

1. Determinar el perfil neuropsicológico de los pacientes con TBP de nuestra unidad.
2. Estudiar las diferencias de los perfiles neuropsicológicos entre los paciente con TBP, TDAH y otros trastornos.
3. Determinar el perfil de las escalas del Child Behavior Checklist (Achenbach) de los pacientes con TBP.

Material y Métodos:

Participantes: 24 pacientes distribuidos según diagnóstico en tres grupos TBP (N = 8), TDAH (N = 8) y otros trastornos psiquiátricos (N = 8) emparejados por edad y sexo. Diagnosticados en nuestro servicio (CSMIJ) Sant Martí Sud (Barcelona).

Instrumentos: Escala de Weshler de inteligencia para niños IV (WISC-IV). Child Behavior Checklist (Achenbach). Test de Atención D2.

Comparación de las medias mediante puntuaciones T para muestras independientes. Estudio Post-hoc de las puntuaciones significativas.

Resultados:

No existen diferencias estadísticamente significativas entre los perfiles neuropsicológicos básicos de la WISC IV entre los grupo. TBP obtiene peores puntuaciones estadísticamente significativas en la sub-escala Comprensión (M=6.86) comparado con TDAH (M=9.75) y otros trastornos (M=7.75). TBP obtiene percentiles menores en comisiones (d2) (M=10.6) que TDAH (M=75.75) y otros trastornos (M=20), siendo estadísticamente significativa.

Conclusiones:

1. En la misma línea que otros estudios, TDAH y TBP no presentan diferencias en los perfiles neuropsicológicos.
2. Tal y como vienen reportando estudios previos, en



el funcionamiento ejecutivo del TBP, parece hallarse más comprometida la comprensión verbal y la impulsividad.

Referencias esenciales:

1. Leibenluft E, Charney DS, Towbin KE, Bhangoo RK, Pine DS. (2003). Defining clinical phenotypes of juvenile mania. *The American Journal of Psychiatry* 160 (3): 430-7.
2. McCarthy J, Arreses D, McGlashan A, Rappaport B, Kraseki K, Conway F, Mule C, Tucker J.(2004). Sustained attention and visual processing speed in children and adolescents with bipolar disorder and other psychiatric disorders. *Psychol Rep* ; 95: 39- 47
3. Doyle AE, Willcutt EG, Seidman LJ, et al. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder endophenotypes. *Biol. Psychiatry*. 57: 1324-1335.

COMBINACIÓN DE FAP Y ACT EN UN CASO DE TRASTORNO DE PÁNICO EN LA ADOLESCENCIA

IM Castillo García (1), D Padilla Torres (2), MA Jiménez-Arriero (3)

(1) *MIR 4 de Psiquiatría del Hospital 12 de Octubre (Madrid).*

(2) *Psicólogo clínico de la Unidad de Psicoterapia, del Hospital 12 de Octubre (Madrid).*

(3) *Jefe del servicio de Psiquiatría y Director del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 Octubre (Madrid).*

Resumen

Introducción/antecedentes: La intervención presente trata sobre la aplicación de una intervención basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) junto con la Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) en una adolescente de 17 años, con alteraciones conductuales, crisis de angustia y conductas evitativas secundarias a las mismas, que aparecen tras el fallecimiento de su padre.

Hipótesis y Objetivos: La aplicación de una psicoterapia breve (10 sesiones), combinando los modelos de FAP y ACT, disminuirá el nivel de ansiedad de la paciente, y por lo tanto, el número de crisis de ansiedad y de conductas evitativas secundarias a las mismas.

Material y Métodos: Se evalúa a la paciente con los siguientes test: AFQ-Y, STAIC, YSR, CAM, al inicio del tratamiento, a la 6ª sesión, al final del mismo y a los 6 meses (pendiente de realización).

Resultados:

Planteamos la realización de una intervención psicológica, a una adolescente de 17 años que presenta crisis de angustia, conductas evitativas y alteraciones conductuales, que comienzan tras el fallecimiento de su padre, llevando en el momento de la intervención aproximadamente un año de evolución. La paciente cumple criterios para trastorno de pánico, según criterios DSM-TR IV, planteándose en el diagnóstico diferencial (categorial) la existencia de duelo patológico. Iniciamos una terapia centrada en el desarrollo de una buena relación terapéutica al modo en que plantea FAP, más interacciones clínicas que promueven la empatía, toma de perspectiva, defusión, aceptación y clarificación de valores. Se produce, tras las 10 sesiones, una mejoría clínica observada en: disminución tanto en los ataques de pánico como en las conductas evitativas y retirada, con éxito, del tratamiento farmacológico. La intervención se llevó a cabo en 10 sesiones: 6 sesiones individuales semanales, seguidas de 3 sesiones quincenales, más una sesión de seguimiento al mes.

Conclusiones:

Los resultados clínicos evidenciados vienen a corroborar los hallazgos sobre la pertinencia y eficacia de las terapias contextuales, en formato breve, para trastornos graves que aparecen en la infancia y adolescencia.

Referencias esenciales:

1. Kohlenberg R.J, Tsai M, Ferrero García R, Valero Aguayo L, Fernández Parra A, Virués J. Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2005, Vol. 5, Nº 2; 349-371
2. Kelly G. Wilson y M. Carmen Luciano Soriano. *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores*. 1ª edición. Madrid: Psicología-Pirámide; 2002.
3. Luciano Soriano MC, Gutiérrez Martínez O. *Ansiedad y terapia de Aceptación y Compromiso*



(ACT). Análisis y modificación de conducta. 2001, vol 27, nº 113.

4. Kohlenberg RJ, Tsai M. Functional analytic psychotherapy: A radical behavioral approach to treatment and integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1991; 175-201.

COMPARACIÓN DE LOS PACIENTES ADOLESCENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE DÍA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE DEL AÑO 2011 FRENTE AL DEL AÑO 2012

C Martínez Cantarero (1), S Gutiérrez Priego (2), E Bernaola Serrano (3), G Morandé Lavín (4)

(1) Psiquiatra Adjunto y coordinadora del hospital de día de TCA de adolescentes del Hospital Universitario Infantil Niño Jesús de Madrid.

(2) Psiquiatra Adjunto de la Unidad de Hospitalización de TCA Del Hospital Universitario Infantil Niño Jesús de Madrid.

(3) Enfermera del Hospital de día de adolescentes de TCA del Hospital Universitario infantil Niño Jesús.

(4) Psiquiatra Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Infantil Niño Jesús

Resumen

Introducción/antecedentes: El Hospital de Día de Trastornos de conducta alimentaria de adolescentes es una estructura intermedia creada en el 2000 con los objetivos de prolongar los cuidados hospitalarios, estabilizar la conducta y psicopatología alimentaria y minimizar los tiempos de ingreso hospitalario, ya que el 90% de los pacientes ingresados proceden de la unidad de hospitalización. El dispositivo resulta efectivo y eficaz pues asegura la continuidad de cuidados que muchos de estos pacientes necesitan.

Hipótesis y Objetivos: El disponer de dicho recurso, permite reducir la estancia media del ingreso hospitalario y del mismo modo facilita y acelera la disponibilidad de camas para ingresos hospitalarios, sobre todo en el último trimestre de 2012, donde el número y gravedad de los pacientes ha incrementado el número de hospitalizaciones completas y aumentado el número de ingresos en

hospital de día. Dicho recurso asegura la renutrición y la estabilidad de los pacientes, además de proporcionar apoyo y capacitar a los padres en el tratamiento de sus hijos.

Material y Métodos: Se comparan los tiempos de estancia de los Ingresos hospitalarios durante el 4º Trimestre de 2011 y 2012, y los ingresos en el Hospital de Día junto con alguna de las variables clínicas como son el IMC al ingreso del hospital de día, el diagnóstico clínico, grado de desnutrición y el curso de la enfermedad.

Resultados: En el año 2012 ingresaron 73 pacientes frente a 68 que ingresaron en 2011, todos los pacientes procedían de la unidad de hospitalización, observando una disminución de la estancia media en 2012, 30 días frente a 35 días en 2011. Comparando el último trimestre de 2011 y 2012 se obtiene el mismo número de ingresos (16) si bien la estancia media en el Hospital de Día se ha reducido en último trimestre de 2012 a unas 7 semanas y media, frente a 11 semanas en el mismo trimestre en 2011. El porcentaje de pacientes con Anorexia nerviosa restrictiva (ANR) se ha incrementado en el último trimestre de 2012 (50%), comparado con 2011 (31%), manteniéndose el porcentaje de pacientes con bulimia nerviosa (BN), anorexia nerviosa purgativa (ANP) y trastorno de la conducta alimentaria no especificado (EDNOS). En cuanto al IMC de ingreso en el hospital de día, se observa una disminución del IMC en el último trimestre de 2012 (18.5 frente a 19 en 2011). El porcentaje de pacientes que no presentaban desnutrición se ha mantenido igual, (18%), aunque en el último trimestre de 2012 se ha incrementado el porcentaje de pacientes con desnutrición severa (30%).

Conclusiones: El Hospital de Día de TCA permite acortar la estancia media de hospitalización completa y ahorrar costes. Se consigue una incorporación más rápida al medio familiar-social y escolar, mayor implicación y trabajo familiar con lo que mejora sustancialmente el pronóstico. Del mismo modo es un recurso que permite completar la renutrición y estabilizar al paciente aunque ingrese con un IMC más bajo del habitual.



SÍNDROME PREPSICÓTICO: ¿ES PRECISO TRATAR PARA PREVENIR?

Al Lobo Castillo (1), O Granada Jiménez (2), N Riópérez Redondo (3), Al Yagüe Alonso (4), M Sobrino Sánchez (5), I Redondo García (6), M Espada Largo (7), G González-Carpio Hernández (7)

(1) *MIR de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Toledo (CHT)*

(2) *Psiquiatra. Coordinadora de la USMIJ. CHT*

(3) *PIR. CHT*

(4) *Psiquiatra de la USMIJ. CHT*

(5) *Trabajadora Social de la USMIJ. CHT*

(6) *Enfermero de la USMIJ. CHT*

(7) *Gracia. Psicólogo de la USMIJ. CHT*

Resumen

Introducción: El estudio y atención en fases tempranas de las enfermedades mentales está en auge desde hace unos años. Se están desarrollando programas de intervención terapéutica y preventiva que se caracterizan por su enfoque multimodal.

Objetivo: Las intervenciones psicofarmacológicas son el objetivo de estudio de nuestro trabajo, y planteamos la importancia del tratamiento precoz como importante factor preventivo del desarrollo de la fase psicótica.

Metodología: Analizamos cinco casos con “Factores de riesgo de desarrollo de psicosis” que fueron tratados con un antipsicótico a dosis bajas y terapia cognitiva de apoyo.

Resultados: Existió muy buena respuesta al mismo, objetivándose que tras la retirada del antipsicótico o disminución de la dosis del mismo, se desencadenó la fase aguda psicótica.

Conclusión: Según nuestra experiencia, y a pesar de la dificultad en realizar un diagnóstico precoz por la variabilidad de signos y síntomas, el tratamiento con antipsicóticos en pacientes con factores de riesgo es beneficioso dada la prevención primaria que ejerce.

Referencias esenciales:

1. Schultze-Lutter F (2004). Prediction of psychosis is necessary and possible. *Schizophrenia: Chal-*

lenging the Orthodox. London, New York; Taylor & Francis: pp. 81-90. 2004.

2. Arango, C. Pródromos e intervención temprana en esquizofrenia y trastorno bipolar. “segundas Jornadas científicas: encuentros en Psiquiatría”. Zucker Hillside Hospital. New York, 26 y 27 marzo de 2010.
3. Psychosis Work Group. Attenuated Psychotic Symptoms Syndrome. Proposed revision. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V). Washington, DC, American Psychiatric Association, 2010.

TRASTORNO BIPOLAR DE INICIO PRECOZ. CONSENSOS Y DISCREPANCIAS

A Navarro Moreno (1), E Castells Bescós (2), I Hernández Otero (3)

(1) *MIR Psiquiatría. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J). UGC Salud Mental. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga*

(2) *MIR Psiquiatría. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental (UGC Salud Mental). Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga*

(3) *Psiquiatra Infantil. Coordinadora de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J). UGC Salud Mental. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga*

Resumen

Introducción/antecedentes:

En las últimas décadas se ha producido un aumento en los estudios publicados sobre el trastorno bipolar pediátrico. Este creciente interés se debe a distintos factores, desde conceptuales (introducción del concepto de fenotipo extenso de la manía infanto-juvenil por Leibenluft et al., 2003), clínicos y psicofarmacológicos, hasta factores científicos, como las crecientes voces que reivindican la inclusión de criterios diagnósticos pediátricos en los principales sistemas de clasificación internacional. Existe un importante escepticismo en Europa sobre las cifras de Trastorno Bipolar Pediátrico obtenidas en estudios realizados en Estados Unidos. En dichos estudios, las cifras de menores con trastorno bipolar pueden oscilar entre el 20-40% (Biederman, 2006). En España, un estudio epidemiológico realizado en 2007 (Ezpeleta et al., 2007) no encontró ningún caso de TB en este grupo de



edad. Estudios realizados en Reino Unido muestran una prevalencia del 0% para este trastorno, a pesar de que existen descripciones antiguas realizadas por autores como Kraepelin que encontró que de su muestra de pacientes con Trastorno Bipolar, 0,4% eran menores de 10 años. El posible sobrediagnóstico en Estados Unidos de Trastorno Bipolar se relaciona con razones económicas (mayor cobertura sanitaria de aseguradoras ante diagnósticos de mayor gravedad), comerciales (interés de la industria farmacéutica) y metodológicas, dado que la gran mayoría de muestras seleccionadas para dichos estudios se realizan con la categoría de “Trastorno Bipolar No especificado”, en el que predomina la irritabilidad sin incluir la manía como criterio diagnóstico.

Hipótesis y Objetivos:

Nuestro objetivo principal es describir la muestra de pacientes que han sido diagnosticados de Trastorno Bipolar en nuestra Unidad en 2012, realizando un análisis de la edad media de diagnóstico, subtipo de trastorno bipolar, sintomatología presentada al inicio del cuadro y respuesta al tratamiento farmacológico. Recogeremos información de la familia de cada paciente sobre datos psicobiográficos relacionados con conducta y temperamento del menor.

Material y Métodos:

Realizaremos una revisión de historias clínicas junto con la administración de una entrevista semiestructurada a padres para recoger información sobre antecedentes comportamentales y conductuales en sus hijos antes del debut de la enfermedad bipolar.

Resultados:

Resultados preliminares concluyen que sólo un 2% de los pacientes vistos en nuestra Unidad han recibido diagnóstico de TB durante el año 2012. De ellos, el 60% fueron diagnosticados de Trastorno por déficit de Atención en un inicio. La irritabilidad fue el principal síntoma detectado por padres y profesionales, junto con reacciones paradójicas al tratamiento farmacológico inicial, en especial con estimulantes. La politerapia farmacológica ha sido una constante en todos los pacientes, debido a la ciclación rápida del 100% de ellos. El 90% de los padres describían a sus hijos como “difíciles, imprevisibles y muy movidos” en los dos años previos a recibir el diagnóstico.

Conclusiones:

Según los resultados encontrados en nuestro estudio, la prevalencia de trastorno bipolar es similar a la encontrada en este grupo de edad en países europeos, pero dista de igualar las cifras de prevalencia en Estados Unidos. Se necesitan clasificaciones diagnósticas adaptadas a niños y adolescentes que tengan en cuenta el período evolutivo en el que se encuentran, así como un mayor número de estudios con muestras de niños con diagnósticos de Trastorno Bipolar Tipos I y II. El hecho de incluir entrevistas semiestructuradas con el propio paciente permitirá considerar el trastorno dentro de la psicopatología infanto-juvenil y quizás explicar la diferencia entre la epidemiología y la fenomenología del trastorno bipolar pediátrico en distintos países.

Referencias esenciales:

1. Akiskal HS. The Emergence of the Bipolar Spectrum: validation along clinical-epidemiologic and familial-genetic lines. *Psychopharmacology Bulletin* 2007, 40 (4) 99-115.
2. Biederman J, Faraone SV, Wozniak J. et al. Clinical Correlates of bipolar disorder in a large, referred sample of children and adolescents. *J Psychiatric Res* 2005; 39: 611-622.
3. Birmaher B., Axelson D. Course and outcome of bipolar spectrum disorder in children and adolescent: a review of the existing literature. *Dev Psychopathol* 2006; 18 (4): 1023-35.
4. Trastorno Bipolar de Inicio Precoz. Consensos y Discrepancias. Tomás J., Bielsa A., Rafael A. 1ª Edición. Febrero 2013. ISBN: 978-84-9835-745-5.

PROLACTINA, HIPERPROLACTINEMIA Y TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA

B Ruiz Antorán (1), MC Palanca Maresca (2), A Fernández Rivas (3), I Olza-Fernández (2), G Centeno (1), JM García Vega (4), C Avendaño-Solá (1)
(1) Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda
(2) Unidad de Psiquiatría Infantil. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda
(3) Unidad de Psiquiatría Infantil. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto



(4) Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

Resumen

Introducción/antecedentes: SENTIA es una plataforma informática (<https://sentia.es>), financiada con fondos de entidades públicas, garantizándose así la independencia del registro. Sus objetivos son desarrollar un registro de farmacovigilancia a largo plazo orientado a evaluar la seguridad, la prevención y detección precoz de efectos adversos e interacciones farmacológicas del tratamiento antipsicótico en población pediátrica y el incrementar la adherencia y alianza terapéutica del paciente y la familia.

Hipótesis y Objetivos: El objetivo de esta presentación es analizar la evolución de los niveles de prolactina en los niños que reciben tratamiento antipsicótico.

Material y Métodos: Los niños y adolescentes en tratamiento antipsicótico son monitorizados regularmente. La información que se recoge en cada una de las visitas se estructura: 1. Datos sociodemográficos, 2. Antecedentes médicos y psiquiátricos personales y en familiares de primer grado, 3. Valoración Clínica: Cuestionario de Comportamiento de Achenbach CBCL; Entrevista Clínica Estructurada MiniKID, C-GAS (Escala de Evaluación Global de Niños), CGI (Impresión Clínica Global), 4. Historia farmacológica y cumplimiento terapéutico (Cuestionario elaborado ad hoc), 5. Hábitos de salud (Alimentación, Ejercicio físico), 6. Efectos adversos (AIMS, SAS, SMURF), 7. Examen físico (ECG, TA, FC, Peso, Talla, Perímetro abdominal, Estadios de Tanner), y 8. Parámetros biológicos.

En cuanto a los diferentes parámetros analíticos se ha evaluado específicamente la prolactina. Se ha definido hiperprolactinemia como los niveles de prolactina superiores a 17,7 ng / ml en los hombres y 29,2 ng / ml en mujeres.

Resultados: En el análisis se han incluido 56 pacientes (40 varones y 16 mujeres), con una edad media de 12 años (3-17). La duración media del tratamiento antipsicótico fue de 13 meses (2 meses a 5 años).

Un 21% de los niños tenían algún antecedente médico de interés, el 5% refería historia previa de alteraciones endocrinas. Con respecto a los antecedentes médicos familiares un 4% presentaba antecedentes de patología

endocrina.

Veinte pacientes (35,7%) presentaron hiperprolactinemia asociada con los fármacos antipsicóticos. De estos pacientes, 11 (55%) presentaban niveles altos de prolactina al inicio del estudio (pacientes previamente tratados con antipsicóticos), el 11% en el primer mes de seguimiento, 7% a los 3 meses, 25% después de 6 meses, 4% después de 9 meses y 14% después del primer año de seguimiento.

Los fármacos antipsicóticos implicados en los casos de hiperprolactinemia fueron: risperidona (69,7%), aripiprazol (19,7%), pimozida (6,1%) y olanzapina (4,5%), con dosis medias diarias de 1 mg para risperidona, 5 mg para aripiprazol, 1,5 mg para pimozida y 10 mg para olanzapina.

El tratamiento antipsicótico se interrumpió en sólo 2 de los 20 pacientes debido al aumento de prolactina y la aparición de síntomas relacionados con la hiperprolactinemia (alteraciones menstruales y a nivel de mamario).

En la mayoría de los pacientes los niveles de prolactina se normalizaron a pesar de la continuación del tratamiento antipsicótico.

Conclusiones: La proporción de pacientes con un aumento en los niveles de prolactina (35,7%) en SENTIA es inferior a la encontrada en otros estudios. Las dosis bajas que se utilizan con risperidona (antipsicótico más prescrito), podrían explicar estas diferencias.

La mayoría de las hiperprolactinemias no se acompañaron de sintomatología clínica, aunque en algunos pacientes se detectaron alteraciones menstruales y a nivel de mamario. Esta sintomatología motivo la suspensión o el cambio de tratamiento motivado por la decisión familiar tras haber sido informadas de la hiperprolactinemia y su relación con los síntomas.

La normalización de los niveles de prolactina a pesar de la no interrupción del tratamiento antipsicótico, es coincidente con los hallazgos de otros autores.

Referencias esenciales:

1. Croonenberghs J, Fegert JM, Findling RL, De Smedt G, Van Dongen S (2005). Risperidone Disruptive Behavior Study Group: Risperidone in children with disruptive behavior disorders and subaverage intelligence: a 1-year, open-label study of 504 patients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.44(1):64-72.



2. Findling RL, Kusumakar V, Daneman D, Moshang T, De Smedt G, Binder C (2003). Prolactin levels during long-term risperidone treatment in children and adolescents. *J Clin Psychiatry*. 64(11):1362-9.
3. Gagliano A, Germano E, Pustorino G, Impallomeni C, D'Arrigo C, Calamoneri F, Spina E (2004). Risperidone treatment of children with autistic disorder: effectiveness, tolerability and pharmacokinetics implications. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 14(1):39-47.
4. Haas M, Karcher K, Pandina GJ (2008). Treating Disruptive Behavior Disorders with Risperidone: A 1-Year, Open-Label Safety Study in Children and Adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 18(4): 337-345.
5. Hellings JA, Zarcone JR, Valdovinos MG, Reese RM, Gaughan E, Schroeder SR (2005). Risperidone-Induced Prolactin Elevation in a Prospective Study of Children, Adolescents, and Adults with Mental Retardation and Pervasive Developmental. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 15(6): 885-892.

SEGUIMIENTO ANUAL DE UNA TERAPIA DE GRUPO DIARIA, BASADA EN LA TERAPIA CONDUCTUAL DIALÉCTICA EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE ADOLESCENTES

C Benavides Martínez (1), E Fernández Nicolás (2), L Vaquero Velerdas (3), C Delgado Lacosta (4), A Espliego Felipe (4), M Mayoral Aragón (4)

(1) Médico residente de Psiquiatría de cuarto año. Complejo hospitalario de Segovia.

(2) Médico residente de Psiquiatría de cuarto año. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de Jerez de la Frontera, Cádiz

(3) Residente de Enfermería. Hospital de Alcalá de Henares.

(4) Psiquiatra Adjunto. Servicio del Niño y del Adolescente. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Resumen

Introducción/antecedentes:

La terapia de grupo es una modalidad de tratamiento

basada en el aprendizaje interpersonal. Dentro de ésta, existen varias modalidades, pudiendo clasificarse como psicoeducativas, de apoyo, abiertas o cerradas entre otras.

La terapia dialéctica conductual (TCD o DBT en inglés) es un tratamiento cognitivo-conductual centrado en la enseñanza de habilidades psicosociales desarrollado por Marsha M. Linehan. Combina diversas técnicas cognitivo-conductuales, dirigidas a la regulación emocional y pruebas de realidad, con los conceptos de tolerancia a la angustia, aceptación y la plenitud de conciencia.

Hipótesis y Objetivos:

Describir el proceso de puesta en marcha y desarrollo de una terapia de grupo abierto, basado en la DBT en una Unidad de Hospitalización de Adolescentes y compararlo con el enfoque tradicional de dicha terapia.

Material y Métodos:

Estudio descriptivo retrospectivo sobre una terapia de grupo desarrollada en una Unidad de Hospitalización de Adolescentes de un hospital de tercer nivel en un área urbana, a lo largo de un año.

Los grupos estaban formados por el equipo sanitario de carácter multidisciplinar, y los pacientes hospitalizados en la Unidad.

El primer grupo lo constituían: Un psiquiatra adjunto, rotatorio de manera semanal, una enfermera o residente de enfermería y un residente de psiquiatría. Los pacientes presentaron edades comprendidas entre los 12 y los 17 años, y los criterios de inclusión fueron: No presentar sintomatología que les eximiera del aprovechamiento de la terapia, y el cumplimiento de unas normas básicas de respeto hacia todos los miembros del grupo.

La recogida de datos fue realizada de manera diaria, por uno de los pacientes elegido de manera voluntaria, y con carácter rotatorio. Los temas a tratar eran elegidos por los propios pacientes. Durante el curso del mismo, la participación era mayoritariamente de los pacientes, con intervenciones puntuales del psiquiatra adjunto. Al final de cada sesión los datos eran analizados por el equipo multidisciplinar.

Resultados:

Los datos recogidos por los pacientes, se pueden resumir en tres grandes bloques temáticos de debate: Temas relacionados con las Enfermedades y su tratamiento, Temas relacionados con el Estilo de vida y Problemas en



las relaciones sociales.

A lo largo del año, se abordaron prácticamente todos los aspectos de afrontamiento de la vida diaria, tratados en los grupos clásicos de TCD, como “sin principios no hay justicia”, o “el manejo del conflicto interpersonal y el aprendizaje de pedir ayuda” pudiéndose concluir una serie de conductas que había que reducir, como: el caos interpersonal, la inestabilidad emocional y de los estados de ánimo, la impulsividad, la confusión acerca de los roles de los pacientes en el mundo, las actitudes extremistas y el desprecio.

También identificaron conductas que había que aumentar, como: Habilidades de efectividad interpersonal, regulación de las emociones, tolerancia al malestar, y Habilidades básicas de conciencia.

Conclusiones:

El seguimiento de una terapia de grupo de pacientes adolescentes en una unidad de hospitalización, de carácter abierto, mostró algunos puntos de conexión con enfoques DBT entre otras, en Comunicación y Habilidades Sociales.

Referencias esenciales:

1. Marsha M. Linehan & Linda Dimeff, «Dialectical Behavior Therapy in a Nutshell». *The California Psychologist*, 34, 10-13, 2001.
2. Anna Buchheim, Philipp Martius and Peter Buchheim; Stephan Doering, Susanne Hörz, Michael Rentrop, Melitta Fischer-Kern, Peter Schuster, Cord Benecke, «Transference-focused psychotherapy v. treatment by psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial» *BJP* 2010, 196:389-395

INVESTIGACIÓN SOCIOLÓGICA CUALITATIVA ENTRE LOS PROFESIONALES IMPLICADOS EN LA DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)

Mardomingo MJ¹, Alda JA², Soutullo C³, Fuentes J⁴, Rodríguez PJ⁵, Ramos JA⁶, Quintero J⁷, Hidalgo I⁸, Fernández M⁹, Fernández A¹⁰, Mulas F¹¹, Plaza S¹², Bonet T¹³, López J¹⁴, Miranda A¹⁵, González JJ¹⁶.

¹Presidenta de Honor Asociación Española de

Psiquiatría del Niño y Adolescente, ² Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, ³Clínica Universidad de Navarra, ⁴Asesor Científico de GAUTENA, Policlínica Gipuzkoa, ⁵Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, ⁶Hospital Universitari Vall D'Hebrón de Barcelona, ⁷Hospital Universitario Infanta Leonor, ⁸Centro de Salud Barrio del Pilar, ⁹CS La Felguera, ¹⁰Hospital Universitario Quirón Madrid, ¹¹Hospital Universitario La Fe de Valencia, ¹²Directora médica asociada de Shire Pharmaceutical Iberica, ¹³Psicóloga Infantil y Juvenil, ¹⁴Directora técnica de ADA-HI, ¹⁵Universidad de Valencia, ¹⁶Psicopedagogo y maestro de Educación Especial

Resumen

Introducción

El proyecto PANDAH “Plan de Acción en TDAH” tiene como objetivo analizar, de forma multidisciplinar, el impacto global del TDAH en la sociedad española, un trastorno de origen neurobiológico que afecta al 5,29% de la población infantil.

Objetivos

Los objetivos de la investigación cualitativa consistieron en describir el abordaje diagnóstico y terapéutico del TDAH identificando las necesidades existentes y las áreas de mejora desde la perspectiva y experiencia de los diversos colectivos.

Métodos

Bajo el proyecto PANDAH, se llevaron a cabo 7 focus groups, entre septiembre 2011 y Mayo 2012. Participaron asociaciones de familiares y pacientes, educadores, psicólogos clínicos, pediatras, psiquiatras de adultos y del niño y del adolescente y neuropediatras: con 8 asistentes de participación media. Se realizaron 10 entrevistas en profundidad a profesionales que se estimaron relevantes en el TDAH.

Resultados

En cuanto al diagnóstico: los grupos destacan la importancia de un diagnóstico diferencial y evolutivo, que en ausencia de marcador biológico, debe sustentarse sobre una buena anamnesis y acompañarse de una comunicación empática y convincente al paciente y a la familia.

Se detectaron las siguientes necesidades no cubiertas:

- Información, formación y sensibilización a los colectivos implicados y la sociedad. Destacan



la necesidad de la inclusión del TDAH en la formación académica de médicos, educadores, psicólogos y personal de apoyo.

- Circuito nacional consensuado, vinculante y multidisciplinar que incluya una coordinación fluida entre los diferentes ámbitos y que implique una reparto de tareas y responsabilidades.. Destacan la necesidad de establecer un mapa de recursos de centros o especialistas en TDAH y profesionales de apoyo.
- Apoyo asistencial y económico a las familias: Subvención del fármaco ante un tratamiento crónico, cobertura asistencial del tratamiento pero también de las intervenciones familiares y el reconocimiento del diagnóstico y tratamiento para adultos.

Conclusiones

La ausencia de un itinerario o plan de actuación consensuado y establecido tiene consecuencias negativas sobre los afectados por el TDAH y los profesionales que lo abordan.

Se demandan medidas en torno a tres ejes: Formación y concienciación, circuito consensuado y vinculante y apoyo asistencial y económico a las familias.

EL TEMPO COGNITIVO LENTO: REVISIÓN DE UN CONSTRUCTO

E Camprodon Rosanas (1), X Estrada i Prat (2), S Batlle Vila (1), L Duñó Ambrós (3), M Aceña Díaz (4), M Marrón Cordón (5), LM Martín López (6), N Ribas-Fitó (7)
(1) *Psicólogo Adjunto del Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica. Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) Sant Martí Sud. Unitat Trastorn Bipolar Pediàtric Litoral. Institut de Neuropsiquiatria y Adicciones (INAD)- Parc de Salut Mar (Hospital del Mar).*
(2) *Psiquiatra Adjunto del Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica. Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) Sant Martí Sud. Unitat Trastorn Bipolar Pediàtric Litoral. Institut de Neuropsiquiatria y Adicciones (INAD)- Parc de Salut Mar (Hospital del Mar).*
(3) *Psiquiatra-Coordinadora Adjunta del Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica. Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) Sant Martí Sud. Unitat Trastorn Bipolar Pediàtric Litoral. Institut de Neuropsiquiatria y Adicciones (INAD)- Parc de Salut Mar (Hos-*

pital del Mar)

(4) *Diplomada Universitaria en Enfermería. Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica. Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) Sant Martí Sud. Unitat Trastorn Bipolar Pediàtric Litoral. Institut de Neuropsiquiatria y Adicciones (INAD)- Parc de Salut Mar (Hospital del Mar).*

(5) *Trabajadora Social. Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica. Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) Sant Martí Sud. Unitat Trastorn Bipolar Pediàtric Litoral. Institut de Neuropsiquiatria y Adicciones (INAD)- Parc de Salut Mar (Hospital del Mar).*

(6) *Psiquiatra. Dirección de línea asistencial en Hospital del Mar-Parc de Salut Mar.*

(7) *Psiquiatra. INAD-Parc de Salut Mar (Hospital del Mar)*

Resumen

Introducción/antecedentes:

El constructo TCL se extrajo estadísticamente por primera vez como factor distinto a los síntomas de desatención en un estudio realizado por Lahey, Schaughency, Hynd, Carlson y Nieves (1987). El TCL surgió como constructo para aglutinar un conjunto de características que definían mejor a un grupo de pacientes que presentaba esta sintomatología. Los pacientes con síntomas TCL vienen descritos como personas lentas, olvidadizas, soñolientas, con tendencia a soñar despiertas, perdidas en sus pensamientos, desmotivados, en las nubes, confundidos, presentan un bajo rendimiento en algunos test neuropsicológicos. Tradicionalmente se ha asociado TCL al TDAH inatento.

Hipótesis y Objetivos:

El objetivo de este estudio es realizar una revisión teórica del constructo tiempo cognitivo lento desde su definición, su validez, sus manifestaciones clínicas, las asociaciones con el TDAH y otras patologías así como las aportaciones de estudios recientes que nos ofrecen un nuevo replanteamiento de este constructo.

Material y Métodos:

Se ha realizado una revisión sistemática de la literatura científica, utilizando las bases de datos del Medline (IndexMedicus) desde 1985 hasta enero de 2013. Con las palabras claves: sluggishcognitive tempo, attention deficit hiperactivity disorder subtypes, attention deficit



hiperactivity disorders and executive functions, tempo cognitivo lento, trastorno por déficit de atención subtipos clínicos. Haciendo una revisión sistemática de las citas referenciadas en los artículos seleccionados en lengua inglesa y española.

Resultados:

Se han hallado síntomas TCL en grupos clínicos sin TDAH; correlaciones entre TCL y medidas de ansiedad y en otros trastornos psiquiátricos. Se han hallado síntomas TCL en población general adulta e infantil con correlatos sociodemográficos y características clínicas específicas. Los resultados en las diferencias neuropsicológicas entre TCL y subtipos de TDAH son controvertidos. Algunos autores sugieren que altos niveles de TCL asociadas a TDAH podrían formar parte de un nuevo trastorno atencional.

Conclusiones:

Concluimos que queda demostrada la validez estadística del TCL, puede diferenciarse del TDAH y presenta unas características propias. Aunque TCL muestre una mayor asociación con el TDAH probablemente sea una entidad independiente a éste y que sea un factor modulador de aspectos atencionales que inciden no sólo en las funciones ejecutivas sino también en ciertas manifestaciones psicopatológicas presentes mayormente en la ansiedad o depresión.

Referencias esenciales:

1. Barkley, R.A. (2011). Distinguishing sluggish cognitive tempo from attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Journal of Abnormal Child and Psychology*. May 23. doi.org/10.1037/a0023961.
2. Barkley, R.A. (2012). Distinguishing sluggish cognitive tempo from attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: executive functioning, impairment, and comorbidity. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. doi:10.1080/15374416.2012.734259. 813. Advance online publication
3. Lahey B.B., Schachar R.S., Hynd G.W., Carlson C.L. & Nieves N. (1987). Attention deficit disorder with and without hyperactivity: Comparison of behavioral characteristics. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 718-23. doi.org/10.1097/00004583-

198709000-00017.

4. Lee S., Burns L. & Snell J. (2013). Validity of the sluggish cognitive tempo symptom dimension in children: sluggish cognitive tempo and ADHD-Inattention as distinct symptoms dimensions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, Jan 17. [Epub ahead of print].
5. McBurnett, K., Pfiffner, L. J., & Frick, P. J. (2001). Symptom properties as a function of ADHD type: an argument for continued study of sluggish cognitive tempo. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 207-13. dx.doi.org/10.1023/A:1010377530749

UTILIZACION DE ATOMOXETINA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AV Otero (1), I Martínez Reyes (2), R Navarro Juárez (1)
(1) *MIR psiquiatría. Complejo Hospitalario de Jaén.*
(2) *Adjunta, Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Complejo Hospitalario de Jaén.*

Resumen

Introducción: La atomoxetina es un fármaco no-estimulante aprobado para el tratamiento de TDAH, en el año 2006. Su mecanismo de acción es inhibir selectivamente la recaptación de noradrenalina a nivel presináptico.

Nos proponemos comunicar sobre la utilización de atomoxetina en pacientes en seguimiento en nuestra unidad.

Hipótesis y Objetivos: Comprobar si en la práctica clínica diaria se utiliza la atomoxetina en el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), tanto de primera como de segunda elección según las recomendaciones de la Guía de Práctica clínica del Ministerio de Sanidad.

Material y Métodos: Revisión de historias clínicas de pacientes que actualmente estén tratados con atomoxetina en Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Complejo Hospitalario de Jaén. Destacar síntomas predominantes en el paciente, explicar razones de dicha elección terapéutica, referir edad del niño al inicio del tratamiento y evolución con el mismo.

La Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad refiere que hay evidencia científica (1++) de que



la atomoxetina a dosis medias y altas reduce de modo significativo las puntuaciones tanto de padres como de profesores en sintomatología de TDHA. Reduce de modo significativo las puntuaciones de los padres en problemas de conducta.

En el algoritmo del tratamiento, se ubica en la primera línea farmacológica, junto al metilfenidato.

Resultados: 10 pacientes. Edad media de los mismos 14,3 años. Un paciente de 9 años. La distribución por sexos: 9 niños y una niña. Seis pacientes presentaban perfil de sintomatología en la esfera afectiva, en el momento de inicio de tratamiento con atomoxetina. Siete de los mismos actualmente tiene atomoxetina en monoterapia.

Conclusiones: La utilización de la atomoxetina se destaca en los casos analizados, principalmente cuando el paciente presenta sintomatología de la esfera afectiva, así como un perfil negativista-oposicionista. Las dosis utilizadas mayoritariamente son las dosis medias.

MENOS PSICOFÁRMACOS Y MÁS INTERVENCIÓN

M Artés López (1), M Artés Segura (2), MD Segura Martínez (3)

(1) Psiquiatra del Centro de Salud Mental Infanto Juvenil Área III Lorca-Águilas (Murcia). Psiquiatra del Centro de Protección de Menores con Trastorno de la Conducta asociados a Patología Psiquiátrica "La Casa". Purchena (Almería). Psiquiatra del Centro de Menores Infractores "Tierras de Oria". Oria (Almería)

(2) Grado en Enfermería

(3) Diplomada Universitaria Enfermería. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería.

Resumen

Introducción/antecedentes: Tras cinco años de funcionamiento, desde febrero 2008 a enero 2013, de un Centro de Protección de Menores de Trastornos de la Conducta asociados a Patologías Psiquiátricas, con una ocupación de 23 plazas donde ingresan menores con edades comprendidas entre 9 y 17 años. Los diagnósticos fundamentalmente son: Trastorno Disocial, Trastorno del Comportamiento secundario al consumo de drogas, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad,

Trastorno Negativista Desafiante, Retraso Mental Leve, Esquizofrenia y Trastorno Esquizotípico.

Estos menores, tutelados por la Junta de Andalucía, suelen proceder de ambientes desestructurados (familias con funcionamiento patológico, con alto consumo de drogas...). Son remitidos de otros centros de protección, por agravamiento de su patología, o de sus domicilios.

En nuestro trabajo, tras la unificación de criterios por el equipo multidisciplinar, utilizamos las siguientes técnicas: psicoeducación, de economía de fichas, de control de impulsos y habilidades sociales, de resolución de conflictos, de mejora de la autoestima, tratamiento en drogodependencias, maltrato en el ámbito familiar, terapias grupales e individuales. Controlamos el consumo de drogas con analítica. Las salidas programadas se realizan acompañados por educadores.

Hipótesis y Objetivos: El objetivo de este trabajo, es analizar, si estos menores, estando en un ambiente estructurado, utilizando una serie de técnicas comportamentales, marcándoles unas normas, llevando un seguimiento exhaustivo para evitar el consumo de droga, con terapias individuales y grupales de modificación de conducta, resolución de conflictos, podría influir en la disminución de la toma de psicofármacos desde su llegada al centro, hasta su alta, que se produce por mejoría clínica y conductual o por mayoría de edad.

Material y Métodos: Revisión de historias clínicas.

Resultados:

El número total de menores incluidos en el estudio son 109.

De ellos, a su llegada al centro 35.78% no tomaba psicofármacos y 64.22% tomaban una media de 2.02 psicofármacos por menor.

A la salida del centro 69.72% no tomaban psicofármacos y 30.27% tomaban una media de 1.45 psicofármacos.

Conclusiones:

Basándonos en el trabajo realizado en estos 5 años y tras analizar los resultados obtenidos podemos decir:

- Que se ha ido reduciendo a un 30.27% los menores que toman psicofármacos frente al 64.22% que tomaba a su ingreso.
- Que se ha reducido a un 1.45 el número de psicofármacos que toman cada menor de los que



siguen en tratamiento en comparación al 2.02 que tomaba a su llegada.

- Que la atención individualizada y coordinada ha hecho que no haya consumo de drogas durante su estancia en el centro.

Referencias esenciales:

1. Decreto 355/2003, de 16 de diciembre, del Acogimiento Residencial del Menores.
2. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10 Ed. Meditor. 1992.
3. Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales DSM IV-TR, Ed. Masson. 2003.
4. Manual de Psiquiatría del niño y del Adolescente /Coordinadores, Cesar Soutullo Esperón, María Jesús Mardomingo Sanz Madrid Ed. Medica Panamericana DL 2010.

SÍNDROME DE JACOBS O 47 XYY Y TDAH: A PROPÓSITO DE UN CASO

M Martínez Cortés (1), J Barragán Ortiz (2), FM Fenollar Iváñez (2)

(1) Residente Psiquiatría (MIR-3) Hospital Clínico Universitario San Juan de Alicante.

(2) Facultativo Especialista de Área. Psiquiatra de la Infancia y Adolescencia. Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil Cabo de las Huertas, San Juan de Alicante

Resumen

Introducción/antecedentes: El síndrome 47XYY se caracteriza por alteraciones del aprendizaje y lenguaje, motoras y tics.

Hipótesis y Objetivos: Revisión bibliográfica

Material y Métodos: Varón de 9 años de edad remitido por tics e inatención. Sin antecedentes personales de interés. Primo materno con síndrome de Asperger y TDAH Embarazo y parto normales. Desarrollo motor, control de esfínteres y sueño normales. Retraso en la adquisición del lenguaje, con gran dificultad para la articulación y expresión, así como para la comprensión lectora. Temperamento fuerte e irritable. A partir de los 2 años de edad, aparición de tics y movimientos estereotipados en cabello, cabeza, oculares y palpebrales, digitales, gutura-

les, verbales, hociqueo, etc. que se van agravando con la edad, así como rituales de orden.

Acudió a Logopedia desde los 3 a los 7 años por problemas de lectura y lenguaje expresivo.

En el momento de su incorporación a la Unidad, mal rendimiento académico, con dificultades atencionales.

Pruebas complementarias:

- Analítica sangre y EEG: normal
- Cariotipo de alta resolución de sangre periférica mediante la técnica GTL: 47, XYY. Varón portador de un cromosoma extra en todas las metafases estudiadas.

Psicometría:

WISC-IV: comprensión verbal: 82; razonamiento perceptivo: 107; CI Total: 88

ADHD Rating Scale-IV: puntuación bruta no alcanza el punto de corte para su edad y sexo.

A pesar de que los resultados de los cuestionarios, por la clínica y mal rendimiento, se decide iniciar tratamiento con metilfenidato de liberación prolongada a dosis de 10mg/día. Se objetiva mejoría atencional, de concentración e inquietud, persistiendo tics y aparece hiporexia. Reapareciendo la clínica de inatención, irritabilidad y reagudización de tics al suspender metilfenidato. Se pauta reboxetina 4mg/día sin mejoría en el apetito. A nivel académico y de rendimiento, cada vez más limitado su funcionamiento, precisando apoyo psicopedagógico y de logopedia. Se reinstaura metilfenidato.

Resultados:

Aunque los hombres con esta condición pueden ser más altos y delgados que el promedio, las alteraciones fenotípicas son poco llamativas. Se ha reportado algunos casos de acné severo en la adolescencia. Los niveles de testosterona son normales, con desarrollo sexual normal. Existe asociación con problemas de aprendizaje (>50%) y retraso en el lenguaje, con puntuaciones más bajas en CI (una media de 10-15 puntos por debajo). Se han notificado retrasos en el desarrollo de las habilidades motoras, hipotonía, tics motores, así como dificultades conductuales y emocionales, incluyendo conductas disociales y agresivas, que varían ampliamente entre los niños y hombres afectados. Se han detectado así mismo tasas más altas de TDAH así como de alteraciones del espectro autista.

**Conclusiones:**

Nuestro paciente presenta un cariotipo 47XYY asociado a tics, retraso en el lenguaje y aprendizaje y clínica de TDAH si bien no se ha corroborado en las psicometrías. La respuesta a metilfenidato ha sido parcial, con efectos secundarios tipo hiporexia, pero a nivel de rendimiento y conductual la mejoría ha sido notable por lo que en la actualidad se ha vuelto a instaurar a dosis óptimas.

Referencias esenciales:

1. Graham, Gail E.; Allanson, Judith E.; Gerritsen, Jennifer A. (2007). «Sex chromosome abnormalities». En Rimoin, David L.; Connor, J. Michael.; Pyeritz, Reed E.; Korf, Bruce R. (eds.). *Emery and Rimoin's Principles and Practice of Medical Genetics* (5th ed. edición). Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier. pp. 1038-1057.
2. Milunsky, Jeff M. (2004). «Prenatal Diagnosis of Sex Chromosome Abnormalities». En in Milunsky, Aubrey (ed.). *Genetic Disorders and the Fetus: Diagnosis, Prevention, and Treatment* (5th ed. edición). Baltimore: The Johns Hopkins University Press. pp. 297-340.
3. Ross JL, Roeltgen DP, Kushner H, et al. Behavioral and social phenotypes in boys with 47 XYYY syndrome or 47 XXY Klinefelter syndrome. *Pediatrics* 2012; 129:769

SÍNTOMAS PSEUDOPSICÓTICOS EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL

Al Ledo Rubio, R Gordo Seco (1), B Antúnez María (1)
 (1) Facultativo especialista de Psiquiatría. Cargo laboral en Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Universitario de Burgos.

Resumen**Introducción/antecedentes:**

Los síntomas pseudopsicóticos (SSP) son formas atenuadas o transitorias de síntomas mostrados en la psicosis, que no alcanzan el umbral clínico para requerir tratamiento. Los SSP y la psicosis son fenómenos cuantitativa y no cualitativamente distintos, es decir, sus diferencias radican en la intensidad, frecuencia y nivel de malestar asociado, sin llegar a ser fenomenológicamente distintos. La psicosis se plantea, como un fenómeno dimensional, ubicado en un continuum junto a la normalidad.

En niños preescolares, las alucinaciones deben diferenciarse de fenómenos del desarrollo como los amigos imaginarios y las figuras fantásticas. En situaciones de estrés y ansiedad, podrían observarse alucinaciones transitorias en preescolares que habitualmente son benignas. Se debe estudiar la trayectoria longitudinal de la psicopatología infantil antes de establecer un diagnóstico dada la variabilidad de la clínica que sucede durante el desarrollo.

Hipótesis y Objetivos:

Interpretación de los SSP como precursores de Trastornos Psicóticos posteriores ó como marcadores generales de riesgo para una gama de enfermedades psiquiátricas.

Material y Métodos:

Se realizó una revisión bibliográfica encontrando datos a favor y en contra de ambas hipótesis.

Así mismo se estudió la contribución de la epigenética (estudia la forma en que ciertos factores ambientales y estilos de vida pueden determinar la expresión de determinados genes) en dichos SSP dado el modelo de vulnerabilidad genética. Este no es un modelo de riesgo, sino un modelo de plasticidad (genes pueden ser factores de riesgo o factores protectores dependiendo del medioambiente).

A partir del concepto de saliencia (capacidad mental de integrar y seleccionar, entre los diferentes estímulos que recibimos, los que nos interesan, quedando los demás estímulos amortiguados o anulados) se describe el origen de tales SSP. La saliencia aberrante se produce como consecuencia de una hiperactividad dopaminérgica en los núcleos que controlan las emociones (sistema mesolímbico subcortical) y esta alteración se manifiesta en el paciente en forma de síntomas psicóticos.

Resultados y conclusiones:

Se demostró la existencia de un continuum clínico entre los síntomas psicóticos y el trastorno psicótico. Niños con SSP presentaban mayor riesgo de trastorno en el espectro esquizofrénico en la edad adulta.

Sin embargo, los valores predictivos positivos son demasiado bajos como para considerarlos “predictores” de un trastorno psiquiátrico posterior.

La continuidad de los SSP, aún sin dar lugar a Trastornos psicóticos como tal, tiene relevancia clínica dado que se ha asociado con dificultades sociales, alteraciones



en el funcionamiento general y conductas violentas.

La persistencia de las alucinaciones auditivas ocurría más a menudo en niños con alucinaciones más graves al inicio.

El trauma infantil aumenta significativamente el riesgo de alucinaciones en fases posteriores de la vida.

Referencias esenciales:

1. “Escuchar voces: la relevancia de los síntomas psicóticos en jóvenes”. Mary Cannon. Department of Psychiatry, Dublin, Irlanda. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2012 Oct-Dec.
2. Síntomas pseudo-psicóticos en adolescentes de la población general. J. Obiols, M. Barragan, J.B. Navarro. Rev.Psicopatología y Psicología clínica vol.13, nº3, pp 205.

TRASTORNO HIPERCINÉTICO DISOCIAL VERSUS TRASTORNO HIPERCINÉTICO Y MALTRATO INFANTIL. A PROPÓSITO DE UN CASO

M Artés López (1), M Artés Segura (2), MD Segura Martínez (3)

(1) *Psiquiatra del Centro de Salud Mental Infanto Juvenil Área III Lorca-Águilas (Murcia). Psiquiatra del Centro de Protección de Menores con Trastorno de la Conducta asociados a Patología Psiquiátrica “La Casa”. Purchena (Almería). Psiquiatra del Centro de Menores Infractores “Tierras de Oria”. Oria (Almería)*

(2) *Grado en Enfermería*

(3) *Diplomada Universitaria Enfermería. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería.*

Resumen

Introducción/antecedentes:

Menor de once años de edad que ingresa en un centro de Trastorno de Conducta asociado a patología psiquiátrica, donde destaca en su psicopatología: faltas de respeto al personal educativo, cambios de una actividad a otra sin llegar a terminar ninguna, durante las entrevista no para de mover las manos, las piernas, levantarse y sentarse en la silla, se distrae con cualquier ruido. Está metido en cualquier pelea, incluso con niños mayores que él, los intenta intimidar, miente con facilidad, minimiza sus comportamientos. Afectividad manifiesta, es cariñoso y

busca el afecto de los demás, fundamentalmente de educadores y personal del centro. Contrasta esta búsqueda de afecto con los rasgos disociales.

Ha tenido varios ingresos en Unidad Hospitalaria de Salud Mental Infanto Juvenil, anteriormente estuvo en otro centro de trastorno de conducta.

Hipótesis y Objetivos:

Aunque cumple criterios de Trastorno Discinético Disocial, no concuerda esa búsqueda de afecto.

Material y Métodos:

Nos planteamos un seguimiento exhaustivo con el menor llevando a cabo entrevistas semanales y recogiendo información de todo el personal que interacciona con él.

Resultados:

Un hecho que cambió el diagnóstico fue, que como norma ante el mal comportamiento pasan los menores a su habitación en los tiempos de ocio. Notábamos que a diferencia de los demás menores que le servía de reflexión, este salía buscando peleas y faltando al personal.

Se cambió de actitud y ante los comportamientos disruptivos se iba con un educador, al que ayudaba en sus actividades. Mientras realizaban actividades conjuntas empezó a comentar que no lo querían en su casa, que su madre le decía que él era el culpable de todo lo malo de su vida, que por su culpa no ha podido ir a Madrid, Cuando llegaba el compañero de la madre se tenía que ir a su habitación y cerrar la puerta, donde pasaba mucho tiempo. Cuando el compañero de la madre se iba, salía de la habitación rompiendo objetos y muebles. En el colegio sin saber explicar el porqué se peleaba con los compañeros, no respetaba a los profesores ni las normas.

Conclusiones:

Tras la puesta en marcha de técnicas de resolución de conflicto, de potenciación de sus habilidades y el reconocimiento de su valía, premiando sus buenos comportamientos se consiguió:

- Que desaparecieran los comportamientos disruptivos y las faltas de consideración hacia los compañeros y personal educativo.
- Ha vuelto a ir al colegio público donde no hay problemas de comportamiento y con clases de apoyo está mejorando su nivel académico.



- Se ha reducido la medicación que traía de Oxcarbamezepina 1800 mg/día Concerta 54 mg/día Risperidona sol 0.5-0.5-0.5 a Concerta 27 mg 1-0-0
- Se está trabajando con la madre quien ha reconocido su comportamiento y está cambiando su actitud hacia el menor.

Referencias esenciales:

1. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10 Ed. Meditor. 1992
2. Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales DSM IV-TR, Ed. Masson. 2003
3. Manual de Psiquiatría del niño y del Adolescente /Coordinadores, Cesar Soutullo Esperón, María Jesús Mardomingo Sanz Madrid Ed. Medica Panamericana DL 2010.

SÍNDROME DE LUJAN-FRYNS: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y PRESENTACION DE UN CASO SEGUIDO DURANTE 16 AÑOS.

Gastaminza Xa; Anleu de León Ma; Uribe Fenner Ja; Vacas Moreira Rb; Herreros Oc

aU. Paidopsiquiatría. Área Materno-Infantil (AMI). S. Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Universidad Autónoma de Barcelona.

bCentro médico psicopedagógico de Psiquiatría general y Psiquiatría de la Infancia y de la adolescencia Novomedigrup de Barcelona.

dHospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Resumen

Introducción/antecedentes:

Con motivo del conocimiento de la mutación genética descrita en el 2007 por Schwartz y colaboradores⁵ en un cuadro genético antañón solo fenotípico como es el Síndrome de Lujan-Fryns, los autores de este póster realizamos una revisión bibliográfica con la presentación de un caso con su evolución durante 16 años pendientes del estudio genético molecular en curso.

Antecedentes

El Síndrome de Lujan-Fryns fue descrito por primera vez por Lujan y su equipo en 1984 como una forma de Retraso Mental ligada a el cromosoma X con Tipo Marfanoide en 4 hombres afectados, siendo más tarde defini-

do por Fryns y Buttiens en 1987.^{1,2}

Ya en 1991 Fryns estableció los Criterios Clínicos mayores para el síndrome, siendo estos: a) Retraso mental de leve a moderado, b) Habito marfanoide, c) Hipotonía general y voz hipernasal, d) desarrollo sexual secundario normal, e) apariencia craneofacial característica: frente prominente, cara larga y estrecha, hipoplasia maxilar, nariz larga con puente nasal alto y estrecho, surco nasolabial corto y profundo, labio superior delgado, y paladar ojival.²

En estas primeras descripciones no se habían tomado en cuenta la sintomatología psiquiátrica que posteriormente se fue documentando al ir apareciendo casos de manera aislada. Poco a poco los investigadores fueron reportando patrones comportamentales que se presentaban en casi todos los casos como: extrema timidez, desórdenes del espectro autista, hiperactividad y síntomas psicóticos tanto positivos como negativos. Entre estos investigadores destacan Fryns y Van Den Berghe, 1991, De Hert et al., 1996, Wittine et al., 1999, Lalatta et al., 1991, Lacombe et al., 1993, Swillen et al., 1996, Van Buggenhout et al., 2001.^{1,2}

Encontrándose con la incidencia en población con Trastornos del Espectro Autista era mayor que los que padecían de Retraso Mental y/o Esquizofrenia, concordando varios de estos investigadores que este síndrome debe de incluirse como diagnóstico diferencial en enfermedades ligadas al cromosoma X, Retraso Mental, Síndrome de Marfan, Síndrome de depleción 22q, Esquizofrenia, Trastornos del Espectro Autista y Homocistinuria.^{1,2,3}

Epidemiología y genética

Se desconoce la prevalencia en la población general. Afecta predominantemente a hombres, por lo que se considera que está ligada al cromosoma X. Se han hecho estudios en familias que presentan hasta 2 casos en la 1era y 2da generación, (tíos y sobrinos). Es difícil de diagnosticar antes de la pubertad.^{1,2,3}

Gurrieri y Neri, de 1991; Dotti et al, 1993, documentan la presencia de las mujeres portadoras en las familias con al menos un caso.²

Schwartz, et al., identifican en 2007 una mutación en el gen MED12 de tipo alélico, encontrándose alteración en la secuencia, específicamente en el exón 22 del gen MED12.⁵



Descripción clínica y síntomas psiquiátricos

Los afectados con el síndrome presentan: hábito marfanoide, complexión delgada, altura normal a alta, manos largas, hiperlaxitud de las articulaciones, cara larga y estrecha, frente prominente, nariz con puente nasal alto y estrecho, paladar ojival, voz hipernasal sin incompetencia velofaríngea o fisura palatina, surco nasolabial profundo y corto, hipoplasia mandibular, orejas de forma normal con inserción baja, tórax excavatum, con testículos normales a grandes, dilatación de la raíz aórtica, agenesia parcial o completa del cuerpo calloso en cerebro y cifosis.1,2,3,4

Presentan además conductas autísticas, retraso mental de leve a moderado (algunos casos descritos con inteligencia normal), trastornos del lenguaje como sustitución de vocales y omisión de fonemas, inestabilidad emocional, agresividad, hiperactividad, timidez que puede llegar a ser extrema, trastorno obsesivo-compulsivo, síntomas psicóticos como alucinaciones visuales y auditivas, aislamiento, paranoia, y algunos pueden presentar Esquizofrenia.1,2,3,4

Presentación del caso

Paciente de sexo masculino, quien consulta en nuestra unidad a los 15 años tras realizar un intento autolítico mediante ingesta de antidepresivos tricíclicos (cinco a siete comprimidos de clomipramina de 75mg).

Al momento de la consulta, la madre del paciente refiere episodios de agresividad y absentismo escolar de un año de evolución, por lo cual estaba siendo visitado en otro centro hospitalario y recibiendo tratamiento con clomipramina 38mg cada 24 horas y tioridazina 19mg cada 12 horas. A la anamnesis se recogen antecedentes de hiperactividad desde pequeño, con dificultades serias para conciliar y mantener el sueño, alteración del desarrollo del lenguaje y enuresis primaria de larga evolución.

Antecedentes familiares

Padre, de 55 años, con oficio y ejercicio de panadero, con antecedente de cardiopatía coronaria.

La madre, de 56 años, ama de casa y sin antecedentes mórbidos.

Fratría de dos: siendo el paciente el mayor de una fratría de dos, su hermano, un año menor, con antecedente de tiroidectomía.

Además existen los siguientes antecedentes mórbidos familiares:

Abuela materna diabetes mellitus tipo 2, hipertensión

arterial y dislipidemia; abuelo materno fallecido, con antecedente de enfermedad pulmonar obstructiva crónica; tíos maternos con diabetes mellitus tipo 1, tía abuela y tía materna esquizofrénicas y prima hermana de la madre con trastorno límite de la personalidad.

Antecedentes personales

Fisiológicos:

El embarazo fue deseado, de evolución fisiológica salvo que se prolongó hasta las 41 semanas, debiendo ser inducido.

Parto vía vaginal con presencia de meconio y sin complicaciones perinatales. Peso de nacimiento 3500 gramos.

Recibe lactancia materna hasta el mes y medio de vida, debido a reflujo gastroesofágico fisiológico importante, presentando una adecuada adaptación a la lactancia artificial, sin trastornos de alimentación durante el primer año. Respecto al sueño, desde el primer año de vida presenta inquietud a la hora de dormir, con problemas de conciliación y mantención del mismo.

Su desarrollo motor se llevó a cabo en los tiempos adecuados, caminando a los 12 meses, aunque con hiperactividad motora, impulsividad y destrucción del entorno físico.

El desarrollo del lenguaje presentó retraso, de manera que a los 3 años solamente balbuceaba. Por lo que asiste a logopeda con respuesta incompleta, persistiendo actualmente con rotacismo.

No presentó alteraciones en el desarrollo madurativo cronotopoquinético.

El control de esfínteres rectal como vesical diurno y rectal nocturno normales. Sin embargo, presentó enuresis nocturna primaria hasta los 14 años de edad, ósea que hacía un año.

Inicia escolaridad en la guardería, a los 2 años, donde no se notifican dificultades sociales ni de rendimiento, salvo hiperactividad. A partir de primero de primaria comienza a presentar dificultades académicas y sin alcanza los niveles para aprobar, si bien se le permitió ir avanzando de curso a pesar de sus dificultades. Logró un adecuado desarrollo de la lecto-escritura, aunque con importante digrafía.

Al comenzar el instituto (a sus 14 años), a los 2 días presenta una crisis de angustia, según el paciente porque sus compañeros le molestaban, tras lo cual no fue posible retomar su escolaridad.



Patológicos:

A los 15 años de edad debut de Diabetes Mellitus tipo 1.

Enfermedad actual:

Es en ese momento en que comienzan los problemas conductuales más relevantes, caracterizados por ataques de ira y amenazas de hetero y autoagresión, asociado a dificultades sociales para entablar y mantener relaciones e intolerancia a la frustración, por lo que el paciente comienza a ser visitado en un servicio de psiquiatría, donde se inicia tratamiento con clomipramina y tioridazina mencionado anteriormente. Es en este contexto donde el paciente realiza el intento autolítico y tras el cual es remitido a nuestra unidad.

Dadas las características morfológicas (talla alta, facies alargada, frente prominente, hipoplasia maxilar, pabellones auriculares con implantación levemente baja y nariz alargada), se solicitó estudio por el Servicio de Genética que procede al diagnóstico clínico morfológico de Síndrome de Lujan-Fryns.

Paralelamente las manifestaciones psiquiátricas que asociaba: trastornos conductuales, agresividad, baja tolerancia a la frustración, alteraciones cognitivas, dificultad en el control de impulsos y dificultades sociales, con importante predilección por actividades atléticas y preocupación excesiva por el aspecto físico, crisis explosivas que explicaba y justificaba con interpretaciones autorreferenciales llevaron al diagnóstico psiquiátrico de trastorno esquizofreniforme.

Se inicia entonces tratamiento con Haloperidol (40 gotas cada 8 horas), Zuclopentixol de 10mg (1 comprimido cada 8 horas) y Biperideno de 2mg (1 comprimido cada 12 horas). La respuesta inicial es favorable, lográndose un mayor control conductual.

A los pocos meses de su diagnóstico, el paciente presenta un debut de Diabetes Mellitus tipo 1, iniciando insulino terapia y dieta, cuyo control metabólico se logra de manera parcial tras varios meses de incumplimiento.

Al año de tratamiento y dada su buena respuesta, se plantea iniciar Risperidona, lo que permite ir reduciendo gradualmente y en distintos momentos el Zuclopentixol, Haloperidol y Biperideno, hasta su suspensión.

Durante los 3 años siguientes mantiene el esquema de tratamiento con Risperidona como fármaco de base, agregándose tratamiento según sintomatología específica. Así por ejemplo, durante unos años recibe trata-

miento con paroxetina debido a que desarrolla importante agorafobia, que luego es cambiada a sertralina.

En una ocasión, debido a galactorrea, se decide suspender la Risperidona, presentando el paciente un importante empeoramiento de su sintomatología, con agitación y ataques de ira, debiendo retomar nuevamente y de manera gradual el fármaco.

Ya a sus 25 años su funcionamiento va mejorando, de manera que obtiene un empleo en una compañía de seguros, donde logra permanecer más de un año. Asimismo, comienza a tener relaciones amorosas estables, manteniendo una por más de dos años. Sin embargo, cada episodio adverso, como perder su trabajo o que lo deje su pareja, produce en el paciente episodios de gran frustración, llevándolo a suspender la medicación y empeorar su sintomatología, llegando en alguna ocasión que ser atendido de urgencias con asistencia de la policía por la intensidad de la agresividad.

En la actualidad el paciente, de 31 años de edad, ha alcanzado una importante estabilidad clínica, logrando una adaptación y funcionamiento social adecuados. Conserva escasas amistades, pero de calidad y confianza. Mantiene tratamiento con Risperidona a dosis de 2 mg al día. Su adherencia al tratamiento de la diabetes insulino dependiente ha mejorado notablemente, de manera que él mismo se autocontrola las glicemias y se administra las unidades de insulina necesarias. Han disminuido sus manifestaciones conductuales disruptivas y el ambiente familiar ha mejorado notablemente, de manera que la relación del paciente con sus padres y hermano es muy positiva. La crisis económica, con las dificultades laborales existentes le produce situaciones de desánimo por las consecuentes limitaciones económicas y consecuentes sociales secundarias. Se mantienen controles periódicos según su evolución, encontrándose pendiente de la confirmación genética molecular de la mutación descrita en este síndrome.

Referencias esenciales:

1. Iván Lerma-Carrillo, Juan D. Molina, Teresa Cuevas-Duran, Carmen Julve-Correcher, Juan M. Espejo-Saavedra, Cristina Andrade-Rosa and Francisco López-Muñoz. Clinical Report: Psychopathology in the Lujan-Fryns Syndrome: Report of Two Patients and Review. American Journal of Medical Genetics Part A 140A:2807-2811 (2006)
2. Kiran N. Purandarea and Therese N. Markarb.



Psychiatric symptomatology of Lujan–Fryns syndrome: an X-linked syndrome displaying Marfanoid symptoms with autistic features, hyperactivity, shyness and schizophreniform symptoms. *Psychiatric Genetics* 2005, 15:229–231

3. Griet Van Buggenhout and Jean-Pierre Fryns. Review: Lujan-Fryns syndrome (mental retardation, X-linked, marfanoid habitus). *Orphanet Journal of Rare Diseases* 2006, 1:26
4. Marc S. Williams. Invited Comment: Neuropsychological Evaluation in Lujan–Fryns Syndrome: Commentary and Clinical Report. *American Journal of Medical Genetics Part A* 140A:2812–2815 (2006).
5. Patrick S Tarpey, F Lucy Raymond, Lam S Nguyen, Jayson Rodriguez, Anna Hackett, Lucianne Vandeleur, Raffaella Smith, Cheryl Shoubridge, Sarah Edkins, Claire Stevens, et al. Mutations in UPF3B, a member of the nonsense-mediated mRNA decay complex, cause syndromic and non-syndromic mental retardation. *Nat Genet.* 2007 September; 39(9): 1127–1133.

ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ESCALA DE EVALUACIÓN DE SLUGGISH COGNITIVE TEMPO: UN ESTUDIO PILOTO

P Vidal-Ribas Belil, R Nicolau Palou (2), J Moyá Que-rejeta (3)

(1) Psicólogo Clínico, Investigador, Becario de la Fundación Alicia Koplowitz, Insitute of Psychiatry, King's College London

(2) Psicóloga Clínica, Unidad de Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad, Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, Hospital Clínic de Barcelona, Institut de Neurociències

(3) Psiquiatra, Unidad de Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad, Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, Hospital Clínic de Barcelona, Institut de Neurociències

Resumen

Introducción/antecedentes:

Hasta la fecha, son escasos (aunque crecientes) los estudios sobre Sluggish Cognitive Tempo (SCT) y su mayor limitación es que tan solo hacen uso de 2 a 5 ítems para evaluarlo, muchos de ellos apoyándose en 4 ítems

de los Inventarios de Comportamiento para niños/as de 6-18 años de Achenbach (CBCL, TRF).

Por ello, el grupo de Penny[1] se propuso desarrollar una medida empíricamente validada de SCT para niños y niñas. Obtuvieron una escala de 14 ítems con 3 factores para padres y 2 factores para maestros. La escala demostró tener una buena consistencia interna, buena fiabilidad inter-jueces y buena fiabilidad test-retest.

En otros dos estudios se hace uso de la SCT Rating Scale[2,3]. Se trata de una escala de 15 ítems desarrollada para investigación por el grupo de McBurnett. No existe ninguna publicación sobre su desarrollo. También muestra una buena consistencia interna.

Sin una buena medida y definición de SCT es difícil responder a muchas preguntas. Dado que hoy en día las investigaciones en nuestro país sobre SCT están en auge, se hace necesaria la existencia de una medida de SCT empíricamente validada.

Hipótesis y Objetivos:

El objetivo del presente estudio es la adaptación y validación de la SCT Rating Scale de McBurnett[2] al catalán con la finalidad de poderla utilizar en futuras investigaciones.

Material y Métodos:

Tras el permiso del autor de la escala se llevó a cabo un proceso de traducción directa y consenso con 3 traductores independientes.

Los participantes fueron 68 niños de una escuela pública de educación primaria con un rango de edad de 6-11 años que fueron evaluados por sus padres.

Se hizo uso de la ADHD Rating Scale-IV para evaluar la sintomatología TDAH, el CBCL para evaluar otros síndromes psicopatológicos y la SCT Rating Scale traducida.

Se realizó un Análisis de Componentes Principales usando el método de oblimin directo. Se calculó el coeficiente α de Cronbach para determinar la fiabilidad de la Escala SCT y de los factores obtenidos. Para analizar la validez convergente y divergente se calculó el coeficiente de correlación de Spearman con las puntuaciones de Hiperactividad y Desatención de la ARS-IV, así como con las diferentes subescalas del CBCL (incluyendo la subescala SCT). También se llevaron a cabo análisis de regresión múltiple. Se usó la prueba U de Mann-Whitney y la prueba de correlación de Spearman para ver la rel-



ación con el sexo y la edad, respectivamente.

Resultados:

Se obtuvieron cuatro factores que mantenían correlaciones de bajas a moderadas entre ellos y de moderadas a muy altas con la puntuación total de la Escala SCT. La fiabilidad fue de alta a muy alta en los factores y muy alta para la escala total ($\alpha=.90$).

No se hallaron diferencias significativas en cuanto al sexo y la edad de los participantes.

Se hallaron correlaciones moderadas con el factor Hiperactividad de la ARS-IV, que desaparecían el controlar la Desatención, y correlaciones altas con el factor Desatención. La puntuación total de la Escala SCT sólo mantenía correlaciones altas con la subescala de Problemas de Atención y la subescala de SCT del CBCL. Los resultados del análisis de regresión revelaron que la puntuación total de la Escala SCT era predicha exclusivamente por las puntuaciones del factor Desatención de la ARS-IV y la subescala SCT del CBCL.

Conclusiones:

Los resultados preliminares revelan una estructura multifactorial con una consistencia interna aceptable. En la línea de otras investigaciones se halló una alta correlación con la Desatención y no así con la Hiperactividad. En el futuro es necesaria la replicación de este estudio con una muestra mayor, más representativa y de diferentes tipos (ej. clínica), así como el uso de diferentes evaluadores.

Referencias esenciales:

1. Penny AM, Waschbusch DA, Klein RM. Developing a Measure of Sluggish Cognitive Tempo for Children: Content Validity, Factor Structure, and Reliability. *Psychological Assessment* 2009, Vol. 21, No. 3, 380–389
2. McBurnett K, Pfiffner L (2005), Sluggish Cognitive Tempo (SCT) Scale. UCSF. Available at lindap@lppi.ucsf.edu
3. Pfiffner LJ, Yee Mikami A, Huang-Pollock C, Easterlin B, Zalecki C, McBurnett K. A randomized, controlled trial of integrated home-school behavioral treatment for ADHD, predominantly inattentive type. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Aug; 46 (8): 1041-50.

SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA EN PAIDOPSIQUIATRÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO DE INICIO PRECOZ Y CON UN SEGUIMIENTO DE 3 AÑOS.

Anleu de León Ma; Gastaminza Xa; Vacas Rb; Rubio Bc; Herreros Od

aU.Paidopsiquiatría. Área Materno-Infantil (AMI). S. Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Universidad Autónoma de Barcelona.

bCentro médico psicopedagógico de Psiquiatría general y Psiquiatría de la Infancia y de la adolescencia Novomedigrup de Barcelona.

cComplejo Hospitalario Universitario de las Canarias. Tenerife.

dHospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Resumen

Introducción/antecedentes:

El Síndrome de Fatiga Crónica es una enfermedad de difícil diagnóstico que, rara en la infancia en nuestro país, se diagnostica por exclusión, por no existir pruebas diagnósticas específicas y su posible sintomatología, amplia, incluye sintomatología muy variada. En su diagnóstico la piedra angular es la fatiga continua de una duración mayor de 6 meses que no cede con el descanso (una noche completa de sueño). Otros síntomas asociados son fiebre o distermia intermitente, artralgias migratorias, dolor muscular generalizado, faringitis, dolor de cabeza, inflamación de ganglios linfáticos y otros menos comunes síntomas. Su estudio completo no aporta diagnóstico de enfermedad alguna de base, con las pruebas complementarias negativas. La etiología de esta enfermedad es desconocida con, hoy, diferentes hipótesis.1,3,4

Más frecuente en chicas: 2:1. Puede causar absentismo escolar en promedio 20 a 50%.2,3,4,5

La comorbilidad psiquiátrica más asociada es la sintomatología depresiva encontrada hasta en un 92%, y sintomatología ansiosa hasta un 90%. Sin evidencia de ser primaria o secundaria.6,7

Hipótesis y Objetivos:

Se presenta un caso de Síndrome de Fatiga crónica de inicio precoz (presentación muy infrecuente en nuestro país), y con un seguimiento de 3 años para la mayor difusión y conocimiento de esta patología.



Material y Métodos:

El caso ha sido estudiado desde el punto de vista médico-pediátrico así como médico psiquiátrico presentándose el caso y resultados de su estudio.

Caso clínico

Visitada en primera consulta, a los 14 años 4 meses, en interconsulta, durante su ingreso para estudio de astenia de un año de evolución (2010), hace 3 años sin hallazgos e invalidante totalmente por lo que se procedió a su ingreso para estudio y tratamiento.

Antecedentes personales

Fisiológicos:

Embarazo: y parto normal. Crecimiento y desarrollo normal (psicoafectivo, esfinterial, lenguaje, psicomotor). Menarquia a los 11 a 10m. Escolarización normal desde los 3 años con buen rendimiento.

Patológicos:

Atresia anal con fístula rectoperineal al nacer sin otra malformación asociada. Intervenida en 3 ocasiones: a los 11 meses de edad: colostomía de descarga, a los 14 meses sigmoidostomía –anorrectoplastia sagital posterior, y, a los 23 meses cierre de la colostomía. Desde entonces presenta estreñimiento crónico y tratamiento continuo con Movicol®.

Desde los 6 años de edad es controlada por episodios de hipoglucemia nocturna asintomática y de etiología no filiada (con estudios complementarios sin hallazgos). En una analítica de control se le detecta ferritina en limite normal bajo (con Hemoglobina normal) por lo que se le indica la toma de hierro (Ferrogradumet®) durante los períodos de menstruación.

En el 2007 fue ingresada en nuestro Hospital por un cuadro de dolor abdominal de un mes de evolución sin hallazgos ni respuesta a los abordajes habituales, cuyo estudio etiológico fue negativo orientándose como trastorno de tipo ansioso y citada en consultas externas donde no acudió.

En el 2008 consulto en el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) de zona donde fue orientada como afecta de un trastorno de ansiedad y tratada con sertralina 50 mg/d hasta Enero de 2010 en que fue dada de alta.

Antecedentes familiares patológicos:

Paternos: Abuelo paterno: amiloidosis (diagnosticado

los 55-60 años) y fallecido por ello.

Maternos: Abuela materna: sarcoidosis y Diabetes Mellitus no insulino dependiente. Madre: Hipotiroidismo diagnosticado después del embarazo y en tratamiento sustitutivo con Eutirox®; también afecta de psoriasis y bronquiectasia.

Enfermedad actual

Sitúa su inicio coincidiendo con la menarquía, hacia unos 2 años, se sentía muy cansada, fatigada, con náuseas y mareos que se han ido incrementando a lo largo del tiempo, especialmente en el último año, con un absentismo escolar progresivo, obligando a la madre a acompañarla por la calle por temer su caída en el camino al colegio. Todo lo que, exacerbado en los dos últimos meses, hasta el punto de no poder levantarse de la cama para realizar sus tareas habituales y por ello sin poder acudir a su centro escolar en los dos últimos meses. Explicando que se despertaba cansada y así incapacitada para cualquier actividad física: caminar ni levantarse de la cama, ni salir con amigas. Como sintomatología asociada explicaba asociar dolor abdominal con sensación nauseosa sin vomito. Niega cefalea, sensación de inestabilidad u otros síntomas.

Durante su ingreso hospitalario los controles de constantes (FC; FR; t° axilar, T.A: Sat O2), la exploración física completa y las pruebas complementaria fueron normales. Clínicamente se mostró estable en todo momento, clínicamente bien si bien refiriéndose cansada.

A la exploración clínica psiquiátrica se muestra: Muy angustiada y con labilidad emocional y crisis de llanto. Resto normal.

Siendo la OD: Síndrome de fatiga crónica. Trastorno del Ánimo inducido por Enfermedad Médica.

Tratándose con sertralina y lorazepam con apoyo psicoterapéutico.

Evolución

En los 3 años de evolución ha presentado una mejoría global sintomatológica tímica persistiendo el cuadro de base con una importante fatigabilidad que contrarresta con la realización medida de actividades según su estado.

Referencias esenciales:

1. Avellaneda Fernández A, Pérez Martín A, Izquierdo Martínez M, Arruti Bustillo M, Barbado Hernández FJ, de la Cruz Labrado J, Díaz-Delga-



- do Peñas R, Gutiérrez Rivas E, Palacín Delgado C, Rivera Redondo J, Ramón Giménez JR. Chronic fatigue syndrome: aetiology, diagnosis and treatment. *BMC Psychiatry*. 2009 Oct 23;9 Suppl 1:S1
2. Crawley EM, Emond AM, Sterne JA. Unidentified Chronic Fatigue Syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME) is a major cause of school absence: surveillance outcomes from school-based clinics. *BMJ Open*. 2011 Dec 12;1(2):e000252.
 3. Harvey SB, Wessely S. Tired all the time: can new research on fatigue help clinicians? *Br J Gen Pract*. 2009 Apr;59(561):237-9.
 4. Kennedy G, Underwood C, Belch JJ. Physical and functional impact of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis in childhood. *Pediatrics*. 2010 Jun;125(6):e1324-30
 5. Nijhof SL, Maijer K, Bleijenberg G, Uiterwaal CS, Kimpen JL, van de Putte EM. Adolescent chronic fatigue syndrome: prevalence, incidence, and morbidity. *Pediatrics*. 2011 May;127(5):e1169-75.
 6. Pinquart M, Shen Y. Depressive symptoms in children and adolescents with chronic physical illness: an updated meta-analysis. *J Pediatr Psychol*. 2011 May;36(4):375-84.
 7. Webb CM, Collin SM, Deave T, Haig-Ferguson A, Spatz A, Crawley E. What stops children with a chronic illness accessing health care: a mixed methods study in children with Chronic Fatigue Syndrome/Myalgic Encephalomyelitis (CFS/ME). *BMC Health Serv Res*. 2011 Nov 11;11:308.

EI TRASTORNO DE IDENTIDAD DE GÉNERO DE INICIO PRECOZ: A PROPOSITO DE UN CASO FEMENINO A MASCULINO.

Gastaminza Xa; Anleu Ma; Uribe Fenner Ja; Vacas Moreira Rb; Herreros Oc Rubio Bd

aU.Paidopsiquiatría. Área Materno-Infantil (AMI). S. Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Universidad Autónoma de Barcelona.

bCentro médico psicopedagógico de Psiquiatría general y Psiquiatría de la Infancia y de la adolescencia Novomedigrup de Barcelona.

cHospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. dComplejo Hospitalario Universitario de la Canarias. Tenerife

Resumen

Introducción/antecedentes:

Después de una revisión bibliográfica del tema por los autores¹, procedemos a la presentación de un caso, revisado por todos los autores, de Trastorno de identidad de género de inicio precoz.

El Trastorno de la identidad sexual (TIS), siguiendo la denominación del DSM IV-TR es también denominado, y posiblemente más adecuadamente, como Trastorno de la identidad de género (TEG). Este trastorno psiquiátrico viene definido por la incongruencia entre el fenotipo sexual de un individuo y su identificación con alguno de los géneros, ya sea femenino o masculino. Esta contradicción o disociación es el núcleo del problema.

De etiología multifactorial⁵, su inicio es generalmente durante la edad pre-escolar¹, aunque su señalización suele ser posterior y más en nuestro país.

Es de una prevalencia baja: situándose entre 0,001 y 0,003%, aunque probablemente este subestimada^{2,3}.

Se distinguen dos tipos: masculino a femenino (en inglés: male-to-female: MTF) y el femenino a masculino (en inglés: female-to-male: FTM) según el sexo biológico, siendo más frecuente el primer grupo: MTF^{3,6}.

Su curso es crónico, con esfuerzos esporádicos por controlar el comportamiento. Evolucionan de manera variable: hasta dos tercios con dificultades en el desarrollo de la identidad sexual, frecuentemente hacia la homosexualidad o en menor medida al transexualismo⁴.

Suele asociarse con trastornos psicopatológicos de tipo adaptativo siendo los más frecuentes: baja tolerancia a la frustración, ansiedad, abuso de sustancias, depresión, trastorno de personalidad e ideación, intento o suicidio consumado^{2,3,6}. Es de destacar la existencia de evidencias que apoyan la relación entre ideación suicida y TIS, llegando a estimarse que hasta un 72% podría cursar con ideación suicida y un 32% podría intentarlo², lo que resalta la importancia de su cuidadosa atención, abordaje y seguimiento como también se confirma con el caso presentado.

Presentación del caso

Se trata de una chica de 12 a. 5 meses, remitida por su pediatra, de urgencias, por presentar ideas de muerte con ideas de suicidio en el marco de un cuadro depresivo y manifestando deseo de ser operada para convertirse en un chico.



Antecedentes personales

Fisiológicos:

El embarazo y parto normales

Desarrollo y crecimiento normales

Menarquia a los 9 años y medio. Inicia escolaridad en la guardería, al año y medio de edad con buena adaptación aseguran los padres. Al inicio de cada curso, en el colegio le costaba adaptarse.

Buen rendimiento escolar, actualmente 1º de ESO.

Participa y pertenece al escultismo siendo "Ranger".

Patológicos:

Intervenida a los 2 años por hernia umbilical y a los 12 por estrabismo.

A los 5 años Meningitis vírica.

A los 3 y 4 años presento problemas adaptativos notables.

A los 4 años, en el colegio, logopedia.

A los 5 años de edad por presentar problemas en el colegio: "...no se portaba bien, llamaba la atención, no trabajaba bien, se levantaba de la silla sin hacer caso fue llevada a un psicólogo quien, según los padres, refirió que presentaba un problema de celos siguiendo tratamiento psicológico semanal durante 2 años.

A los 7 años 8 meses es valorada por una psicóloga logopeda por dificultades adaptativas con baja tolerancia a la frustración con pataletas y crisis explosivas de ira quien orientándola como un trastorno generalizado del desarrollo (dentro del trastorno del espectro autista) con un nivel intelectual superior (CI total 125 al WISC-R) siguiendo tratamiento psicológico unos dos años.

Paralelamente a los 8 años 2 meses fue visitada por el S de neurología del Hospital de S Joan de Deu de Esplugues donde, por los problemas relacionales y conductas repetitivas de tipo rituales, y sospecha de S Asperger fue valorada descartando las alteraciones neurológicas concluyendo con alteración de conducta / personalidad orientándola a consulta psiquiátrica/psicológica.

También a los 8 años en su Hospital comarcal se le practican RMN, EEG, analítica general y endocrinología, screening metabólico, cariotipo X-frágil, sin hallazgo alguno y todos los resultados normales.

A los 12 años la visita un pediatra que aun considerando la posibilidad de un trastorno de espectro autista destaca el cuadro depresivo asociado y como de prioritario abordaje.

También a los 12 años, es visitada en el Hospital co-

marcal de zona, en el Servicio de nefro-urología por imposibilidad de orinar con tenesmo vesical. Al visitarla permanece 30-40 minutos sin poder obtener diuresis destacando asociado un cuadro de ansiedad y depresión. La exploración física es normal, ecografía vesical con abundante residuo miccional y costosa micción. Explicándosele técnicas de relajación se la remite a valoración por neurología. La valoración por neurología es normal sin hallazgos detectando el cuadro depresivo y recogiendo los problemas de identidad de sexo con deseos de cambio y rechazo del propio cuerpo, con ideación autolítica por la es enviada a nuestro Hospital.

Antecedentes familiares

Padre, 44 años, arquitecto técnico y madre, 42 años, funcionaria. Tiene una hermana 3 años menor.

Antecedentes mórbidos:

Maternos: Madre: Operada en 3 ocasiones de la vista por desprendimiento de retina en el último año. Tío materno presento retardo del lenguaje, no hablo hasta los 4 años. Abuela materna trastorno depresivo (la definen como muy depresiva).

Paternos: Abuelo paterno, fallecido, estaba afecto de esclerosis lateral amiotrófica.

Hermana ha presentado retardo del lenguaje con retardo psicomotor y mutismo selectivo por lo que ha seguido tratamiento logopedico y fisioterapia.

Enfermedad actual:

Sitúan el inicio del problema hacia el día 10-15 de Junio pasado, unos 15 días antes de acabar el curso escolar pasado, o sea teniendo 12 a 2 meses.

Manifestando estar triste, presentando alguna crisis de llanto y verbalizando temor al nuevo colegio (cambiaba por acabar la primaria) y su deseo de ser chico además y, en palabras de los padres: "la manía de ser operada para ser un chico".

Además explicando que no se sentía a gusto con ella misma, que no se gusta, que no se acepta.

Tras esto, continúan los padres, se fue de campamento ("colonias") estando bien y regresando bien, aseguran.

A finales de Agosto, principios de Septiembre presenta una exacerbación de la sintomatología depresiva con los ya señalados conflictos de identidad de género con rechazo al propio, no aceptación y rechazo con manifestados deseos operación y de cambio físico corporal de sexo, con ideas de muerte y de suicidio.



A la exploración clínica psiquiátrica: Se evidencia y así también lo manifiesta una sintomatología depresiva importante con notable ansiedad asociada.

Se OD:

Trastorno de la identidad de género (FTM).

Trastorno depresivo mayor grave sin síntomas psicóticos

OT. Sertralina y halazepan con apoyo psicoterapéutico y control clínico evolutivo periódico.

Presentando una inicial repuesta clínico evolutiva global positiva, a los 3 meses de evolución, con remisión de la clínica depresiva (desaparición de las crisis de llanto, reaparición del interés escolar y por aprendizajes) estando iniciado el abordaje psicoterapéutico individual y familiar del TIS si bien, por los problemas de distancia, de su domicilio se ha procedido al su remisión al Centro de Salud mental infanto-juvenil de zona.

Referencias esenciales:

1. Uribe J, Anleu M, Vacas R, Herreros O y Gastaminza X. 2012. Revista de Psiquiatria Infanto-Juvenil 29: 2: 130-131.
2. Terada S, Matsumoto Y, Sato T, Okabe N, Kishimoto Y, Uchitomi Y, 2011. Suicidal ideation among patients with gender identity disorder. *Psychiatry Research* 190, 159-162.
3. Möller B, Schreier H, Li A, Romer G, 2009. Gender Identity Disorder in Children and Adolescents. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care* 39(5), 117-43
4. Simon L, Zsolt U, Fogd D, Czobor Pál, 2011. Dysfunctional core beliefs, perceived parenting behavior and psychopathology in gender identity disorder: A comparison of male-to-female, female-to-male transsexual and nontranssexual control subjects. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Therapy* 42, 38-45.
5. Almonte C, Montt M, Correa A. Psicopatología Infantil y de la Adolescencia. Editorial Mediterráneo, tercera edición, 2009. Capítulo 20 "Trastornos del desarrollo psicosexual", p. 306-322.
6. Hoshiai M, Matsumoto Y, Sato T, Ohnishi M, Okabe N, Kishimoto Y, Terada S, Kuroda S, 2010. Psychiatric comorbidity among patients with gender identity disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 64, 514-519.
7. Owen-Anderson A, Bradley SJ, Zucker KJ, 2010.

Expressed Emotion in Mothers of Boys with Gender Identity Disorder, *Journal of Sex & Marital Therapy*,36:4, 327-345

EVOLUCION Y TRATAMIENTO DE UN ADOLESCENTE CON TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU COMORBILIDAD CON TDAH, EN EL CONTEXTO DE DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR

JA Vargas Castro. Médico Psiquiatra Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Médico Psiquiatra Institut de Trastorns Alimentaris-Conducta/Barcelona

Resumen

Introduccion:

Los Trastornos de Conducta Alimentaria, representan en la población adolescente española una prevalencia del 3,5% al 5,5% (Labrador y Racih 2007), incrementándose día a día en nuestros centros de tratamiento dichos motivos de consulta. Múltiples entidades nosológicas del patrón de base-impulsividad-han de ser estudiadas en su posible comorbilidad general, ya que el abordaje general de sus múltiples etiologías, puede enfocarnos a un Plan Terapéutico Individual PTI y por ende a un tratamiento efectivo.

Antecedentes:

La alta comorbilidad existente entre los Trastornos de Conducta Alimentaria, referentes a episodios de impulsividad del tipo Bulimia Nerviosa-Obesidad-Trastornos por Atracón-Pica, entre otros, muestran gran relación con los Trastornos externalizantes, dado a su baja tolerancia a la frustración y baja conciencia delimitaría, lo que nos abre un nuevo horizonte de tratamiento en dos grupos mayores de patologías, de alta prevalencia en nuestra sociedad actual, y que pueden compartir, en algunos casos, un mismo enfoque terapéutico.

Hipotesis a contrastar:

Los pacientes, adolescentes y por ende, adultos jóvenes, han de estudiarse en comorbilidad diagnóstica, ante la existencia de un Trastornos de Conducta Alimentaria, referente con un patrón de déficit de control de impulsos, con correspondientes alteraciones bio-psico-



sociales y patologías externalizantes que presenten un mismo complejo sindrómico, ya que guardan un mismo enfoque psicoterapéutico y psicofarmacológico.

Objetivo

Demostrar mediante la revisión de un caso clínico, la comorbilidad diagnóstica existente entre los Trastornos de Conducta Alimentaria -Bulimia Nerviosa- y los Trastornos Externalizantes -TDAH-, evidenciando un mismo tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico efectivo.

Material y métodos:

Se realizó la revisión retrospectiva de la Historia Clínica de un paciente con Motivo de consulta a su doce años de edad, en primera instancia, por episodios de hiporexia y posterior ingesta alimentaria mayor compensatoria, con ideación obsesiva por su apariencia física e hiperactividad, definida en inicio, referencial con su peso; asociado a emesis alimentaria, en el contexto de disfuncionalidad familiar mayor. Se describía en su cuadro clínico conductas de oposición-desafío severas, con heteroagresiones verbales, psíquicas y físicas a sus padres y su hermana gemela, quien se encontraba en tratamiento de Síndrome de Gilles de la Tourette. Requirió múltiples ingresos hospitalarios por sus episodios de negativismo y desafío mayor, asociándose pauta en el control de su impulsividad con antipsicóticos y eutimizantes; reincidiendo en escalada mayor sus episodios de déficit de control de impulsos en alimentación y en su núcleo relacional. Presentó ausentismo escolar y orden judicial de seguimiento, tras la agresión mayor a sus padres. Hacia los 14 años se estudia comorbilidad diagnóstica con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y se instaura pauta psicofarmacológica con Metilfenidato y posteriormente con Atomoxetina, asociado al manejo psicoterapéutico y protocolo de internación, con respuesta actual efectiva y gran éxito terapéutico interdisciplinario.

Resultados y conclusiones

Los pacientes, niños y adolescentes, con cuadros clínicos en déficit de control de impulsos, pueden tener múltiples comorbilidades diagnósticas, dentro de las cuales ha de incluirse la alta prevalencia evidenciada, día a día mayor, entre TDAH-TCA.

Los Trastornos de Conducta Alimentaria, en déficit de control de impulsos, guardan una alta relación etiopatológica

con los trastornos externalizantes -TDAH-, por lo que un mismo patrón psicoterapéutico y psicofarmacológico resulta efectivo para su adecuado tratamiento.

Referencias esenciales:

1. Association Between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Bulimia Nervosa: Analysis of 4 Case-Control Studies .J. Clin. Psychiatry 2006; 67: 351-354
2. Methylphenidate Treatment for Bulimia Nervosa, Associated with a Cluster-B-Personality-Disorder.J.Eat.Disord.25: 233-237, 1999

ESTUDIO PILOTO PARA LA VALORACIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL YO EN ADOLESCENTES DERIVADOS A CONSULTAS DE SALUD MENTAL

D Padilla Torres (1), JC Vázquez Caubet (2), C Rojas (3), T Moreno (3), MA Jiménez-Arriero (4)

(1) Psicólogo Clínico Infanto-Juvenil. Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 Octubre (Madrid). Psicoterapeuta de Terapia de Aceptación y Compromiso y Psicoterapia Analítico Funcional.

(2) MIR Psiquiatría. Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 Octubre (Madrid).

(3) PIR Psicología. Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 Octubre (Madrid).

(4) Jefe del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 Octubre (Madrid).

Resumen

Introducción/antecedentes:

El estudio surge de la necesidad clínica de comprobar y evaluar la existencia de problemas del Yo en población adolescente. El estudio se incluye en una línea de investigación que se basa en la aplicación de protocolos breves de psicoterapia desde la Terapia de Aceptación y Compromiso y Psicoterapia Analítico Funcional (Padilla, 2013, Wicksell 2007; 2009, Luciano y cols., 2011). Existe indicios en consulta que revelan que los adolescentes presentan problemas a la hora de poner nombre a sus emociones, presentan problemas de empatía y de toma



de perspectiva al mismo tiempo que manifiestan una percepción de inestabilidad del Yo (Gracia Martín y cols., 2006; Sterzer, 2007; Hsieh y Stright, 2012). Además a la hora de aplicar tratamientos breves en adolescentes con problemas emocionales, se observa que uno de los principales obstáculos es la falta de habilidad de considerar los pensamientos y emociones como distinto del Yo, necesitando por lo tanto sesiones adicionales, que entrenen este aspecto. Debido a esto y junto a proliferación de estudio basados en la toma de perspectiva, por un lado desde el campo aplicado de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes y cols., 1999, 2011) y desde el campo básico de la Teoría de los Marcos Relacionales. Desde este enfoque conductual, se plantea que los problemas del Yo están relacionados con la falta de habilidad de distinguir los eventos privados (emociones, pensamientos, sensaciones corporales) del Yo, al mismo tiempo que existen déficits al considerarlos en jerarquía con el propio Yo. Por lo tanto, se ha elaborado un cuestionario que persigue evaluar si existen problemas del Yo en adolescentes con problemas de salud mental.

Objetivo: Explorar como se comporta el cuestionario en adolescentes derivados a consultas de salud mental. Determinar que ítems son los que más discriminan en la muestra.

Hipótesis: Por un lado se espera encontrar que los ítems tiene altos índices de discriminación así como correlación altas entre cuestionarios de ansiedad y síntomas psicopatológicos.

Diseño: Estudio descriptivo correlacional del cuestionario. Estudio de los índices de discriminación, fiabilidad y análisis factorial.

Resultados: Recopilando muestra.

Conclusiones: Las conclusiones irán dirigidas a demostrar que se trata de un cuestionario que es capaz de discriminar aspectos relacionados con el Yo en adolescentes con problemas psicológicos. Este estudio es uno de los primeros de una serie de investigaciones, que tienen como objetivo valorar problemas del Yo, toma de perspectiva y empatía, con el fin de construir herramientas fiables y válidas que sirvan para el desarrollo de tratamientos breves y eficaces.

Referencias esenciales

1. Padilla Torres, D (2013) Estudio clínico controlado aplicado en adolescentes con problemas emocionales: comparación de un tratamiento psicossocial basado en aceptación con un grupo de lista de espera. Tesis Doctoral.
2. Hsieh, M., y Stright, A. D. (2012) Adolescents Emotion Regulation Strategies, Self -Concept, and Internalizing Problems. *The Journal of Early Adolescence* 32 (6). 876-901.
3. Sterzer, P (2007) A structural neural deficit in adolescents with conduct disorder and its association with lack of empathy. *NeuroImage*. 37. 335 -42 [1053-8119]
4. Batanova, MD (2011) Social anxiety and aggression in early adolescents: examining the moderating roles of empathic concern and perspective taking. *Journal of youth and adolescence*. 40 (11) 1534 -43
5. Gracia Martín, M.J., Gómez Becerra, I., Chávez Brown, M. Y Greer, D (2006) Toma de perspectiva y teoría de la mente: aspectos conceptuales y empíricos: Una propuesta complementaria y pragmática. *Salud mental*, 29, 6, 2006, págs. 5-14

FACTORES RELACIONADOS CON LA MEJORA PERCIBIDA POR EL MÉDICO DE LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN PAÍSES EUROPEOS

J Setyawan¹, P Hodgkins¹, M Fridman², M. Haim Erder¹
¹Shire Pharmaceuticals LLC, Wayne, PA, EE. UU
²AMF Consulting, Los Angeles, CA, EE. UU

Resumen

Objetivos: Describir las pautas de tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), la percepción de los resultados del tratamiento por parte del médico y los factores relacionados con la mejora de los resultados del tratamiento del TDAH en distintos países europeos.

Métodos: Se llevó a cabo una revisión retrospectiva de



las historias clínicas de pacientes europeos con TDAH (6–17 años de edad) en seis países. Las historias clínicas de 779 pacientes diagnosticados entre 2004 y 2007 fueron examinadas por 361 médicos. Los médicos proporcionaron su evaluación sobre tres resultados relativos al paciente: satisfacción con el tratamiento, control de los síntomas y adherencia al tratamiento (>80%).

Resultados: La edad media de los pacientes fue 12,1 años, y 78% eran varones. Aproximadamente el 50% de los pacientes recibió una sola terapia y el 38% recibió dos (secuencialmente). Las terapias de primera línea incluyeron medicación (45% de los pacientes), terapia conductual (20%) y tratamiento combinado (35%). Las clases de medicamentos en el momento de la revisión incluyeron metilfenidato de acción prolongada (55%), metilfenidato de acción inmediata (21%), atomoxetina (13%), combinación (10%) y otros (1%). Los médicos reportaron un 31,8% de satisfacción con el tratamiento, un 30,8% de control completo de los síntomas, y un 71,4% de adherencia al tratamiento. Los factores significativamente asociados con una mejora de los tres resultados fueron un menor número de condiciones pre-existentes (agresividad, depresión, problemas del aprendizaje, Tourette), un mayor compromiso del paciente y una mayor participación de la familia, y el tratamiento de la inatención.

Conclusiones: A pesar de la alta proporción de pacientes que estaban tomando medicación, las tasas de satisfacción con el tratamiento y control completo de los síntomas percibidos por los médicos fueron relativamente bajas. Los médicos informaron de una mejora de los resultados del tratamiento en los pacientes predominantemente inatentos, con menos comorbilidades, y con un mayor compromiso del paciente y participación de la familia.

Estudio financiado por Shire Pharmaceuticals LLC, EE.UU. Juliana Setyawan, Paul Hodgkins y M. Haim Erder son empleados de Shire. Moshe Fridman recibió financiación de parte de Shire como consultor.

SUBGRUPOS DE PACIENTES CON DIFERENTES PERFILES DE SÍNTOMAS DE TDAH DURANTE EL DÍA DESPUÉS DEL

TRATAMIENTO CON METILFENIDATO DE LIBERACIÓN MODIFICADA

A Rothenberger¹, MD, M Döpfner², PhD, C Hautmann², PhD

¹Departamento de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Universidad de Göttingen, Göttingen, Alemania

²Departamento de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, Universidad de Colonia, Colonia, Alemania

Resumen

Objetivos: Los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) varían en su respuesta al tratamiento con metilfenidato (MPH), observándose diferentes perfiles farmacodinámicos durante el día. En la investigación clínica, hay interés creciente en la detección de subgrupos de pacientes con diferentes respuestas al tratamiento. Este análisis tuvo como objetivo identificar subgrupos con diferentes perfiles de síntomas de TDAH durante el día en el estudio OBSEER e investigar los predictores de estos clusters de pacientes.

Métodos: OBSEER incluyó a niños de 6–17 años de edad con diagnóstico de TDAH confirmado, para quienes el tratamiento con MPH de liberación modificada (Equasym XL®) ya estaba planeado. Los síntomas de TDAH y otros síntomas de externalización durante el día fueron evaluados por padres y profesores utilizando el cuestionario ‘Day Profile of ADHD Symptoms’ (DAYAS). Un análisis de clusters de clases latentes identificó los subgrupos, y los predictores fueron sexo, edad, dosis de MPH, problemas de conducta y síntomas emocionales.

Resultados: Se identificaron dos clases de severidad. Los niños en la clase de severidad alta eran generalmente más sintomáticos, pero mostraron una fuerte reducción de los síntomas por la mañana que disminuía por la tarde/noche. Los niños en la clase de severidad baja eran menos sintomáticos, y mostraron una menor reducción de los síntomas por la mañana seguida por un pequeño aumento de los problemas de conducta por la noche. Se identificaron diferentes variables predictoras de la pertenencia al grupo. Los pacientes más jóvenes, con dosis más altas



de MPH y con problemas de conducta más graves tenían más probabilidad de estar en la clase de alta severidad.

Conclusiones: Estos resultados sugieren que los niños con TDAH que toman MPH se componen de subgrupos con distintos perfiles de severidad de los síntomas durante el día. La detección y descripción de la heterogeneidad de respuesta al tratamiento es un área de investigación importante para la práctica clínica. Proporciona información a los médicos acerca de las características distintivas de los subgrupos de pacientes y puede ayudar a adaptar, optimizar e individualizar el plan de tratamiento.

Estudio financiado por Shire AG, Suiza.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA ADAPTACIÓN SOCIOFAMILIAR Y ESCOLAR DE PACIENTES CON TRASTORNO PSICÓTICO INGRESADOS EN HOSPITAL DE DÍA DE ADOLESCENTES

P Solé Vigil (1), N Ezquerro Riquelme (2), S Montaña Ponsa (3), T Del Álamo Fernández (4), A Hervás Zuñiga (5)

(1) Psicóloga Clínica. Hospital Universitari Mútua de Terrassa. Hospital de Día de Adolescentes.

(2) Residente de Psiquiatria, Consorci Sanitari de Terrassa

(3) Adjunta Psiquiatria Infantil y Juvenil, HUMT

(4) Residente de Psiquiatria, HUMT (Hospital Universitari Mútua de Terrassa)

(5) Coordinadora del Servicio de Psiquiatria Infantil y Juvenil. HUMT

Resumen

Introducción/antecedentes:

Se ha descrito que los trastornos psicóticos de inicio precoz suelen tener peor pronóstico con efectos devastadores en la adaptación global y deterioro del funcionamiento personal, familiar, escolar/laboral y social.

Hipótesis y Objetivos:

Con el objetivo de desarrollar un proyecto de seguimiento longitudinal, iniciamos un estudio descriptivo de la adaptación familiar, social y escolar de adolescentes con diagnóstico de trastorno psicótico ingresados en un

Hospital de Día de Adolescentes.

Material y Métodos:

La muestra es de 22 pacientes de edades comprendidas entre 12 y 17 años de edad diagnosticados de trastorno psicótico (según criterios DSM-IV-TR), ingresados en el HDA del Hospital Universitario Mutua de Terrassa entre enero de 2005 y diciembre de 2012.

Las variables estudiadas son adaptación escolar (tipo de escolarización y regularidad en la asistencia), familiar (distocia familiar según presencia de violencia doméstica y conciencia y apoyo en el diagnóstico) y social (vinculación a actividades de ocio grupales estructuradas) al ingreso y al alta.

Resultados:

Adaptación familiar: el 68,19% con entorno familiar distócico (relaciones parentales conflictivas y/o violencia doméstica y escaso apoyo en el diagnóstico y tratamiento).

Adaptación social: sólo el 9,09 % de pacientes realiza actividades grupales estructuradas. El 50 % se relaciona con grupos reducidos no estructurados y el 36,36% está en situación de aislamiento. Al alta no se observan cambios importantes en los porcentajes en ningún sentido (aunque algunos pacientes se relacionan con compañeros del HDA).

Adaptación escolar: 63,63% de los que siguen una escolarización ordinaria presentan absentismo. Al alta el 54,54% ha realizado cambios en el entorno educativo y la asistencia es regular en el 66,66% de los casos.

Conclusiones:

Los resultados obtenidos reflejan la interferencia que el trastorno psicótico provoca en los procesos adaptativos de los pacientes y la importancia de realizar intervenciones en estos ámbitos para promover su bienestar.

Referencias esenciales:

1. M Alvarez-Jimenez et al. Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Shizophrenia research* 139 (2012) 116-128
2. Edward I Gelber et al. Symptom and demographic



profiles in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia research*. 67 (2004) 185-194.

PRIMER EPISODIO PSICÓTICO DURANTE LA ADOLESCENCIA: DIFERENCIAS CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS RESPECTO AL INICIO EN EDAD ADULTA

M García Acuña (1), D Ilzarbe Simorte (1), A Pérez Vigil (1), M Fábrega Ribera (1), S Mansilla Sánchez (1), E Parellada Rodón (2), G Sugranyes Ernest (3), I Baeza Pertegaz (4)

(1) Residente psiquiatría, Programa Esquizofrenia Clínic, Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil, Instituto Clínico de Neurociencias, Hospital Clínic, IDIBAPS, CIBERSAM, Barcelona.

(2) Consultor senior, Programa Esquizofrenia Clínic, Servicio de Psiquiatría de adultos, Instituto Clínico de Neurociencias, Hospital Clínic, IDIBAPS, CIBERSAM, Barcelona.

(3) Especialista, Programa Esquizofrenia Clínic, Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-juvenil, Instituto Clínico de Neurociencias, Hospital Clínic, Barcelona. Investigadora clínica, Institut d'Investigacions Biomèdiques Pi i Sunyer.

(4) Especialista senior, Programa Esquizofrenia Clínic, Coordinadora del Programa de Atención Específico al Trastorno Psicótico Incipiente Esquerra del Eixample, Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil, Instituto Clínico de Neurociencias, Hospital Clínic, IDIBAPS, CIBERSAM, Barcelona.

Resumen

Introducción/antecedentes:

Se ha postulado que los primeros episodios psicóticos (PEPs) en adolescentes podrían presentar características clínicas diferentes a las habituales en adultos, como un mayor nivel de sintomatología negativa. Estas diferencias suelen augurar un pronóstico más desalentador y pueden requerir un enfoque diagnóstico y terapéutico diferente.^{1,2}

Hipótesis/Objetivos:

Examinar las diferencias clínicas y en el tratamiento entre los primeros episodios en adolescentes (11-17 años) y en adultos (18-35 años).

Material y Métodos:

Se incluyeron los pacientes ingresados por un PEP en 2012 en la sala de hospitalización de infanto-juvenil (n=24) y adultos (n=27) del Hospital Clínic. Se compararon las escalas PANSS y EEAG al ingreso y al alta, hábitos tóxicos, duración de la psicosis sin tratamiento, tratamiento farmacológico y derivación al alta.

Resultados:

Evaluación clínica: al ingreso, se obtuvieron diferencias en la PANSS negativa (adolescentes: 26,25 vs. adultos: 19,85; $p=0,010$) y en la PANSS general (adolescentes: 46,42 vs. adultos: 41,0; $p=0,039$). Al alta, sólo se hallaron diferencias significativas en la PANSS general (adolescentes: 28,88 vs. adultos: 23,93; $p=0,016$). Respecto a la evolución entre ingreso y alta, se hallaron diferencias en la PANSS positiva (adolescentes: -11,54 vs. adultos: -15,96; $p=0,004$) y negativa (adolescentes: -9,75 vs. adultos: -4,48; $p=0,001$).

Tratamiento: El 54,2% de los adolescentes recibió risperidona como antipsicótico de primera elección vs al 25,9% en adultos ($p<0,000$). El 41,7% de los adolescentes requirió un segundo antipsicótico vs. al 7,4% de los adultos ($p=0,004$). Tras el alta hospitalaria, el 50% de los adolescentes siguió tratamiento en Hospital de Día, frente al 0% de los adultos ($p<0,000$). No se hallaron diferencias significativas entre grupos de edad en ninguna otra variable.

Conclusiones:

Los pacientes con un PEP de inicio en la adolescencia presentan mayor sintomatología negativa e inespecífica que los de inicio en la edad adulta. Asimismo, en la derivación al alta, los adolescentes necesitan mayores recursos, lo que podría relacionarse con el peor pronóstico de estos pacientes.

Referencias esenciales:

1. Ballageer T, Malla A, Manchanda R et al. Is adolescent-onset first-episode psychosis different from adult onset? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005; 44: 782-9.
2. Joa I, Johannessen JO, Langeveld J, Friis S et al. Baseline profiles of adolescent vs. adult-onset first-episode psychosis in an early detection program. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 119: 494-500



EVALUACIÓN DE UNA DIETA SIN GLUTEN Y CASEÍNA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

PJ González Domenech (1), F Díaz Atienza (2), JM Martínez-Ortega (3)

(1) *Psiquiatra*

(2) *Profesor Asociado, CC. de la Salud. Universidad de Granada. Psiquiatra Coordinador de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.*

(3) *Profesor Ayudante doctor, Departamento de Psiquiatría e Instituto de Neurociencias, Universidad de Granada.*

Resumen :

Introducción/antecedentes:

Estudios previos sugieren que una dieta sin gluten y caseína mejora los síntomas nucleares y periféricos del autismo 1,2.

Hipótesis y Objetivos:

El objetivo de este estudio fue evaluar la posible mejoría clínica en los Trastornos del Espectro Autista (TEA) tras una dieta sin gluten y caseína, partiendo de la hipótesis sugerida en la introducción.

Material y Métodos:

La muestra incluyó 19 niños y adolescentes diagnosticados de TEA que acudieron a la Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil de la ciudad de Granada y que previamente habían seguido una dieta sin gluten y caseína durante un mínimo de 3 meses. Se evaluó dicha dieta mediante un cuestionario elaborado por nuestro equipo de investigación. Este cuestionario fue cumplimentado por los padres de los sujetos e incluyó variables socio-demográficas, dietéticas y clínicas.

Resultados:

La media de edad (\pm desviación típica) de la muestra fue de 10,8 años (\pm 4,5). El 89% de ellos (17/19) fueron varones. El 53% siguió la dieta sin gluten y caseína entre 3 y 6 meses y el 47% restante durante más de 6 meses.

El 50% de los padres percibieron una mejoría global en el comportamiento de sus hijos tras finalizar el periodo de dieta.

Los padres asociaron significativamente la introducción de la dieta con la mejoría evolutiva que se produjo en las siguientes áreas: Interacción con otras personas ($p<0,01$), contacto ocular y físico ($p<0,01$), apropiados gestos faciales ($p<0,01$), hiperactividad ($p=0,03$), autolesiones ($p=0,04$), heteroagresiones ($p=0,03$), resistencia al cambio ($p<0,01$) y alteraciones intestinales ($p<0,01$).

Un mayor tiempo de seguimiento de la dieta se asoció significativamente a una mejoría en los apropiados gestos faciales ($p=0,03$) y en las heteroagresiones ($p=0,03$).

Conclusiones:

Una dieta sin gluten y caseína, seguida durante al menos 3 meses, puede proporcionar mejorías en algunos síntomas nucleares y periféricos del autismo. A mayor tiempo de intervención dietética, los resultados pueden ser más favorables.

Referencias esenciales:

1. Millward C, Ferriter M, Calver S, Connell-Jones G (2008). Gluten and casein free diets for autistic spectrum disorder. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2:CD003498.doi: 10.1002/14651858.CD003498.pub3
2. Whiteley P, Haracopos D, Knivsberg AM, Reichelt KL, Parlar S, Jacobsen J, et al (2010a). 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

SÍNTOMAS DE SOMATIZACIÓN EN ADOLESCENTES IMPLICADOS EN CONDUCTAS DE BULLYING

C Martínez Hinojosa (1); M Prados Cuesta (2); P González Doménech (3); F Díaz Atienza (4)

(1) *Residente de Psiquiatría, Hospital Virgen de las Nieves de Granada.*

(2) *Psicóloga. Equipo de Orientación Educativa. Granada*

(3) *Facultativo Especialista Adjunto*

(4) *Facultativo Especialista Adjunto. Psiquiatría Infantil y Juvenil, Hospital Virgen de las Nieves de Granada*

Resumen

Introducción/antecedentes:



El fenómeno “Bullying” hace referencia a la existencia de las burlas y abusos dentro de los colegios que se dan con una cierta intensidad y a lo largo del tiempo. Es un problema que en los últimos años está siendo objeto de cada vez más 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 Somatización explorada mediante el SCL 90R (Symptom Checklist 90 Revised), con el objetivo de realizar un abordaje multidisciplinario en aquellos pacientes que presenten consultas polifrecuentadoras en los servicios de urgencias.

Material y Métodos:

411 sujetos cumplimentaron en el último trimestre del curso académico el 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 haber 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 somatización, apareciendo los síntomas “sentir nudo en la garganta” y “dolor en el corazón o en el pecho” en ambos grupos (Acosados y Expuestos). Por otro lado, los síntomas de “náuseas o malestar en el estómago”, “dolores musculares”, “ahogos”, “escalofríos, sentir calor o frío de repente”, “entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo” y “sentirse débil en alguna parte del cuerpo” 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 somático 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 tanto en los servicios de urgencias ante pacientes polifrecuentadores como 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 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.
2. 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.
3. Olweus, D. Bullying at school. What we know and what we can do. 1993.

ESCOLARIZACIÓN Y RECURSOS EN EL ALUMNADO CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA) DE LA PROVINCIA DE GRANADA

*M Prados Cuesta; AE Pérez Fernández
Psicólogas del Equipo de Orientación Educativa de Granada-Chana de la Delegación Territorial de Educación, Cultura y Deporte. Granada.*

Resumen

Introducción/antecedentes:

El abordaje del alumnado afecto de TEA requiere, en el momento actual, de un enfoque integral y de una respuesta educativa inclusiva. La normativa vigente favorece su escolarización según distintas modalidades de integración así como de dotación de material y de recursos específicos.

Objetivos:

El objetivo de este póster es exponer cómo se distribuye la población escolar de alumnado diagnosticado de TEA de la provincia de Granada, según sexo, etapa educativa y dotación de recursos técnicos.



Material y Métodos:

Los datos de este trabajo se obtuvieron del Censo del Alumnado con Necesidades Educativas Específicas de Apoyo Educativo en el sistema de información SÉNECA para el curso 2011/2012 de la Consejería de Educación y Ciencia de la Junta de Andalucía y, de la propia evaluación del Equipo Especializado en Trastornos Generales del Desarrollo (TGD) de la Delegación de Educación, Cultura y Deportes de Granada.

Resultados:

La muestra comprende 456 niños y adolescentes diagnosticados de TEA con edades comprendidas entre los 3 y 21 años. El 80% son alumnos y el 20% alumnas. Las categorías diagnósticas y tipo de escolarización se distribuyen de la siguiente forma: Trastorno General del Desarrollo no Especificado (TGDNE) representa el 47% de la muestra, (el 67% escolarizado en aula ordinaria con apoyos en periodos variables –AOAV- frente al 33% que lo hace, bien, en Centro Específico, Aula Específica de Autismo, o Aula de Educación Especial –CE/AEAUT/AEE-). Con Autismo el 30% (el 20% en AOAV y el 80% escolarizado en CE/AEAUT/AEE). Del 21% de Síndrome de Asperger (con escolarización en AOAV el 80%, mientras que el 20% lo hace en CE/AEAUT/AEE). En otras categorías diagnósticas el 2% restante.

Los recursos técnicos de las Aulas Específicas de Autismo (AEAUT) consisten en tableros de comunicación, ordenadores táctiles o portátiles, iPad y programas educativos informáticos.

Conclusiones:

Gran número de alumnado con TEA se beneficia de su inclusión en aulas ordinarias recibiendo apoyo específico por intervalos de tiempo variable. Por otra parte, los alumnos que se encuentran en las aulas específicas en centros ordinarios, de otra forma, también reciben una escolarización inclusiva a la vez que trabajan con dispositivos de tipo digital.

Referencias esenciales:

1. Consejería de Educación de la Junta de Andalucía. Guía “Los Trastornos Generales del Desarrollo. Una aproximación desde la práctica. Volumen I. Los Trastornos del Espectro Autista.
2. Fernández López, A; Rodríguez Fórtiz, M.J. (2010) Dispositivos móviles iPod touch y iPad

para Aprendizaje en Educación Especial. En Arnaiz, P.; Hurtado, M^a.D. y Soto, F.J. (Coords.) 25 Años de Integración Escolar en España: Tecnología e Inclusión en el ámbito educativo, laboral y comunitario Murcia: Consejería de Educación, Formación y Empleo.

PROGRAMA PARA EL MANEJO EMOCIONAL DIRIGIDO A PADRES Y MADRES DE NIÑOS/AS PREMATUROS/AS

*J Capafons, MJ Herrera, B Rubio, JC Gil, L González
Universidad de La Laguna*

Introducción: El nacimiento de un niño/a prematuro/a, en muchos casos, provoca en los padres un conjunto de manifestaciones negativas en el ámbito psicológico (pensamientos disfuncionales, catastrofistas, miedo, rabia, culpa, tristeza, angustia, etc.) que pueden alterar significativamente la vida diaria. De ahí la creación del Programa para el Manejo Emocional dirigido a Padres y Madres de Niños/as Prematuros/as.

Este programa tiene como principales Objetivos: 1- Asesorar a los padres en el afrontamiento de las emociones que se generan en este contexto y 2.- Reducir el nivel de estrés que se activa ante esta situación vital. Para lograr dichos objetivos nos planteamos mejorar los conocimientos respecto al niño/a prematuro/a y su contexto, aprender a identificar las emociones negativas, así como a manejarlas y reducir las manifestaciones físicas de la tensión emocional.

Métodos y materiales: Se ha llevado a cabo un estudio piloto, de corte experimental (grupo control y experimental, con medidas pre-post intervención), en el cual, se pretende comprobar si el programa de atención psicológica es capaz de cambiar el manejo de las emociones negativas, el nivel de estrés en los padres y activar mecanismos adaptativos en el ámbito emocional y en la sensación de control personal. La muestra del estudio estuvo compuesta por 36 padres, predominando el sexo femenino (66,6%), tanto en el grupo experimental como en el grupo control. Los criterios de inclusión al programa fueron: tener uno o más hijos/as nacido antes de las 37 semanas de gestación e ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatal (UCIN), del Hospital Universitario de Canarias (HUC). El programa de in-



tervención ha sido aplicado a un total de 18 progenitores (grupo experimental). Todos ellos, junto con los 18 padres del grupo control, fueron evaluados a través de dos pruebas psicométricas en dos ocasiones, el grupo experimental antes y después de la aplicación del programa y el grupo control en dos ocasiones sin recibir tratamiento psicológico (la distancia temporal entre las evaluaciones fue la misma que en el grupo experimental). Las pruebas empleadas son: Cuestionarios A+ A- (Escala de Afecto Positivo y Negativo- PANAS) y la Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale -PSS-14). El programa está compuesto por 6 sesiones distribuidas en tres fases: en primer lugar, Presentación y Conceptualización (2 sesiones); a continuación, el Fortalecimiento del Control de las Demandas Internas (3 sesiones); y, finalmente la Consolidación (una sesión).

Resultados: En el grupo control no aparecen diferencias significativas entre las puntuaciones pre y post en ninguna de las escalas utilizadas en este estudio. En el grupo experimental aparecen diferencias significativas en varias emociones. Esto es, se incrementan las emociones positivas y se reducen las negativas en la evaluación post-tratamiento frente a las pre-tratamiento. Además se reduce la puntuación en la escala de estrés percibido.

Conclusiones: Los padres de niños prematuros presentan emociones negativas tras el nacimiento de un hijo y su posterior ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y perciben como estresante el nacimiento de un hijo de forma prematura y su posterior ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). El mero paso del tiempo no regula suficientemente esta situación. Informar y proporcionar herramientas, a los padres, que les permitan disminuir su nivel de activación, así como manejar sus emociones, aumenta las emociones positivas y disminuye las emociones negativas. E informar y proporcionar herramientas que les permitan disminuir su nivel de activación, así como manejar sus emociones genera que los progenitores perciban su situación actual como menos estresante.

EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) EN UNA POBLACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES TRATADOS CON METILFENIDATO

N Corchos González (1), R Perea Pérez (1), D Molera Manzano (1), F Díaz Atienza (2)

(1) M.I.R de Psiquiatría en el Hospital Virgen de las Nieves de Granada

(2) Profesor asociado, CC de la Salud Universidad de Granada. Psiquiatra. Coordinador de la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil Hospital Virgen de las Nieves Granada

Resumen

Introducción/antecedentes:

Algunos estudios continúan siendo contradictorios en relación a la evolución del IMC en los pacientes diagnosticado de TDAH y en tratamiento con metilfenidato.

Objetivos:

Determinar el IMC en una población de niños y adolescentes con TDAH tratados con distintas formas de MTF a lo largo de 18 meses.

Material y método:

Se trata de un estudio observacional prospectivo. Las variables de Peso, Talla, IMC, Frecuencia Cardíaca y Tensión Arterial fueron recogidas por el personal de enfermería de la USMIJ y registradas en unas tablas de seguimiento diseñadas a tal efecto. Se obtuvieron medidas antes de iniciar tratamiento, al mes, tres, seis, 12 y 18 meses.

A nivel estadístico se aplicó un modelo general de medidas repetidas (ANOVA) y se comparó cada IMC con el IMC basal mediante t-Student para muestras independientes.

Resultados:

La muestra estuvo compuesta por 30 sujetos (28 varones y dos mujeres). El grupo diagnóstico más numeroso fue el subtipo combinado con el 80%.

El IMC basal de la muestra fue de $19,12 \pm 3,66$. El IMC al mes fue de $18,64 \pm 3,51$; ($p=0,001$). IMC a los 6 meses fue de $18,32 \pm 3,22$; ($p<0,001$) y a los 18 meses de $18,50 \pm 3,61$; ($p=0,024$).

Conclusiones:

No hemos encontrado alteraciones estadísticamente significativas de los parámetros cardiovasculares (FC, TAS, TAD) durante el tratamiento con MTF.

Sin embargo sí que hemos encontrado una dismi-



nución estadísticamente significativa del IMC más acentuada durante los seis primeros meses de tratamiento, que sólo se recupera parcialmente a los 18 meses.

Aunque la recomendación de la AACAP (Julio 2007) de control de peso y talla es de al menos 1-2 veces al año, teniendo en cuenta los resultados mencionados nos llevan a proponer, al menos en nuestro medio, que estos controles deberían ser más frecuentes durante los seis primeros meses.

Las familias deben recibir al inicio del tratamiento una información detallada sobre los efectos secundarios y su manejo, medidas que redundarían en un mejor cumplimiento y adherencia al tratamiento.

Referencias esenciales:

1. Recomendaciones de la AACAP para el manejo del TDAH Julio 2007

EFICACIA DEL DIMESILATO DE LISDEXANFETAMINA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD: EFECTO DE LA EDAD, EL SEXO Y LA INTENSIDAD DE LA ENFERMEDAD EN LA LÍNEA BASE

JA Alda Diez (1), I Hernández Otero (2), C Soutullo (3), R Civil (4), R Bloomfield (5), L Squires (4), D Coghill (6)
 (1) Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España

(2) Unidad De Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J), H. Universitario Virgen de la Victoria – Hospital Marítimo, Torremolinos, Málaga, España

(3) Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España

(4) Shire Development LLC, Wayne, PA, EE.UU

(5) Shire Pharmaceutical Development Ltd, Basingstoke, RU

(6) Division of Neuroscience, Ninewells Hospital, Dundee, RU

Resumen

Introducción/antecedentes: En un estudio europeo de fase 3 (SPD489-325), se encontró que el dimesilato de lisdexanfetamina (LDX) muestra una eficacia significativamente mayor que el placebo en niños y adolescen-

tes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Hipótesis y Objetivos: Hacer análisis de subgrupos para evaluar el impacto que tienen la edad, el sexo y la intensidad de la enfermedad en la línea base sobre los resultados de eficacia en SPD489-325.

Material y Métodos: En este estudio de siete semanas, aleatorizado, doble ciego, de grupos paralelos, con dosis optimizada participaron pacientes entre 6–17 años con TDAH. Los pacientes fueron tratados una vez al día con LDX (30, 50 o 70 mg/día), sistema oral de liberación osmótica de metilfenidato (OROS-MPH; 18, 36 o 54 mg/día) o placebo. Se clasificaron los pacientes por edad (6–12 años [n = 229] o 13–17 años [n = 88]), sexo (varón [n = 255] o mujer [n = 62]) y la puntuación total en la Escala de Evaluación del TDAH versión IV (ADHD-RS-IV) en la línea base (28–41 [n = 161] o 42–54 [n = 152]). El punto final fue la última visita en tratamiento con una evaluación válida.

Resultados: En el punto final, la diferencia (fármaco menos placebo) en el cambio en la media de los mínimos cuadrados de la línea base en la puntuación total en ADHD-RS-IV fue significativa en todos los subgrupos de LDX ($p < 0,001$; tamaño del efecto, 1,68–2,26) y OROS-MPH ($p < 0,01$; tamaño del efecto, 0,88–1,46). La diferencia (fármaco activo menos placebo) en el porcentaje de pacientes con una puntuación de impresión-mejoría clínica global de 1 (muy mejorado) o 2 (bastante mejorado) en el punto final fue significativa en todos los subgrupos para LDX ($p < 0,01$) y en todos los subgrupos para OROS-MPH ($p < 0,05$), excepto mujeres.

Conclusiones: LDX mostró una eficacia mayor que el placebo en niños y adolescentes con TDAH, sin importar su edad, sexo o intensidad de la enfermedad en la línea base.

Financiado con fondos de Shire Development LLC.



EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA EN EDAD PREESCOLAR: SINTOMATOLOGÍA COMÓRBIDA, DESARROLLO GENERAL Y SALUD FAMILIAR EN COMPARACIÓN CON NIÑOS Y NIÑAS CON TDAH.

P Morales Hidalgo (1), E Doménech-Llaberia (2), MC Jané Ballabriga (2), J Canals Sans (1)

(1) CRAMC (Centre de Recerca en Avaluació i Mesura de la Conducta). Departament de Psicologia. Universitat Rovira i Virgili

(2) Departament de Psicologia Clínica i de la Salut. Universitat Autònoma de Barcelona

Resumen

Introducción/antecedentes

Estudios recientes sitúan la prevalencia de los Trastornos del Espectro Autista (TEA) en el 1.13% de población escolar norteamericana (CDC, 2012). En España, se alcanzan valores del 0.13% (Aguilera et al., 2007). Frecuentemente, la sintomatología TEA coexiste con otros síntomas, detectándose un trastorno comórbido en el 70% de casos y dos o más en el 41% (Simonoff et al., 2008). En preescolares con sintomatología TEA, Gadow et al. (2004) destacan la presencia de compulsiones, tics, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), fobia específica y trastorno negativista desafiante, presentándose la co-ocurrencia con TDAH en el 40% de los casos.

Hipótesis y Objetivos

Mostrar la prevalencia de sintomatología TEA en población preescolar, describir la sintomatología comórbida y el desarrollo de estos niños a nivel comunicativo, social y motriz en comparación con grupos de sintomatología TDAH y control, así como conocer el estado de salud parental.

Material y Métodos

Familias y maestros de 35 escuelas catalanas cumplieron el Early Childhood Inventory-4 (Gadow y Sprafkin, 1997). Los padres, además, respondieron el General Health Questionnaire y un cuestionario de datos socio-familiares. Todos los maestros (n=1104) y el 77% de familias (n=851) respondieron los cuestionarios.

Resultados

Analizando conjuntamente la información referida por ambos informantes, la prevalencia de sintomatología de TGD es 2.17%, correspondiendo 1.72% a síntomas propios del Trastorno de Asperger y 0.45% al Trastorno Autista. Según el ECI-4, el 58.3% de los niños y niñas cumplirían criterios para el diagnóstico de TDAH y el 50% de tics. El 40% presenta fobia específica y sintomatología propia de trastornos de conducta, adaptativos, de vínculo y eliminación. El análisis de los ítems de desarrollo del ECI-4 muestra cómo, ya en edades tempranas, estos niños –sin alejarse significativamente de la media– presentan una menor competencia en habilidades de autoayuda, coordinación motriz, comprensión del lenguaje y una frecuencia de juego conjunto y simbólico inferior a sus iguales. En comparación con niños con TDAH, el grupo TEA tiende a mostrar menor habilidad en autoayuda y juego conjunto. El 30% de estos niños realiza intervención psicológica y/o recibe apoyo en la escuela. En relación a la salud familiar, el 38% de las madres y 9% de los padres superan el punto de corte del GHQ-28. Las familias del grupo TEA obtienen puntuaciones superiores a las del grupo cuasi-control y, en comparación el grupo TDAH, manifiestan mayores índices de depresión, aunque estas diferencias no resultan estadísticamente significativas.

Conclusiones

La prevalencia de TEA en preescolares es significativa y alcanza valores próximos a los obtenidos en edad escolar. En la mayoría de casos, la sintomatología TEA coexiste con síntomas de otros trastornos, principalmente TDAH y tics. El desarrollo de estos niños y niñas en el aula, sus manifestaciones comórbidas y la presencia de un elevado nivel de estrés familiar, pueden ser buenos indicadores para la detección precoz de estos trastornos.

Referencias esenciales

1. Aguilera, A., Moreno, F.J y Rodríguez, I.R (2007). The Prevalence Estimates of Autism Spectrum Disorders in the School Population of Seville, Spain. *British Journal of Developmental Disabilities*, 53, 97-109.
2. Center for Disease Control and Prevention (CDC). (2012). Prevalence of autism spectrum disorders -Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, United States, 2008. *MMWR Sur-*



- veillance Summary; 61(3).
3. Gadow, K.D y Sprafkin, J. (1997). Early childhood symptoms inventory-4: normas manual. Checkmate Plus, StonyBrook NY.
 4. Gadow, K.D., DeVincent, C., Pomeroy, J. y Azizan, A. (2004). Psychiatric symptoms in preschool children with PDD and clinic comparison samples. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(4), 379-393.
 5. Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T. y Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 47(8), 921-929.

ESTABILIDAD EN EL DIAGNÓSTICO DSM-IV TR EN ADOLESCENTES. SEGUIMIENTO A 5 AÑOS TRAS LA PRIMERA HOSPITALIZACIÓN EN UNA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL.

AE Ortiz García (1), A Blázquez Hinojosa (1), A Morer (1), I Baeza (1), E Martínez (2), J Castro-Fornieles (3), ML Lázaro García (4)

(1) Especialista en Psiquiatría, Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Institut de Neurociències. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. aeortiz@clinic.ub.es

(2) Especialista en Psicología Clínica. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Institut de Neurociències. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

(3) Especialista en Psiquiatría. Directora del 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.

(4) 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.

Resumen

Introducción/antecedentes: La estabilidad diagnóstica se define como el grado en que un diagnóstico se mantiene constante en el tiempo [Mattanah et al., 1995; Whitty P et al., 2005]. Nos da las bases para poder predecir el curso de la enfermedad y el pronóstico a largo plazo [Mattanah et al., 1995; Ghazan-Shahi et al., 2009]. Muy frecuentemente durante la adolescencia los diagnósticos al alta de la primera hospitalización psiquiátrica son temporales e inestables, debido a que frecuentemente la sintomatología es distinta a la de los adultos y por tanto establecer un diagnóstico definitivo es más complicado. En la literatura los diagnósticos más estables en el tiempo son los Trastornos del Ánimo y la Esquizofrenia [March J et al., 2004; Birmaher et al., 2002], siendo los más inestables los Trastornos de Conducta y de Ansiedad [Ghazan et al., 2009].

Hipótesis y Objetivos: Nuestra hipótesis de trabajo es que si pudiéramos objetivar en que derivan estos diagnósticos inestables nos sería más fácil poder pronosticar el curso de la enfermedad de dicho paciente.

Nuestros objetivos a estudiar fueron: 1) Los diagnósticos más y menos estables en el tiempo; 2) En que trastornos derivan principalmente los diagnósticos más inestables a fin de mejorar el pronóstico del paciente y 3) Valorar la evolución del paciente a lo largo de los años y en función del diagnóstico la calidad de vida actual.

Material y Métodos: El estudio se realizó en el Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Se reclutaron a todos aquellos pacientes residentes en la provincia de Barcelona que ingresaron por primera vez en nuestra Unidad de Hospitalización de Agudos durante el período de tiempo de enero a diciembre del 2007 y con edades en el momento del ingreso comprendidas entre los 12 y los 17 años. Se contactó telefónicamente (hasta en 5 ocasiones) con los padres para ofrecerles participar. Todos los procedimientos fueron aprobados por el Comité de Ética del Hospital y todos los participantes recibieron consentimiento informado que firmaron. Se estableció el diagnóstico actual mediante la entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV (SCID-I) [First et al., 1997] y para evaluar la funcionalidad y la calidad de vida actual se administraron el WHOQOL-Bref y la EEAG. Los resultados se analizaron mediante el



programa SPSS 18.00 para Windows estableciendo una significación estadística de $p < 0.05$, y utilizando el test de McNemar para comparar las frecuencias diagnósticas al inicio y a los 5 años y X² y t de student para comparar determinadas variables con los diagnósticos.

Resultados: De los 120 ingresos hospitalarios, aceptaron participar en el estudio 50 pacientes con una edad media en el momento del ingreso de 15,30 (DS=1,374), el 72% eran niñas y el 28% niños. En el momento de la evaluación el estatus socioeconómico (SES) medio era de 40,83 (DS=13,375). El 42% no realizaba ningún seguimiento en Salud Mental. Los diagnósticos más estables eran: Trastorno Afectivo Bipolar (100%, $p=1,000$), Esquizofrenia (66,6% $p=1,000$), Trastorno de Ansiedad Generalizada (100%, $p=1,000$), Trastorno de Tourette (100%, $p=1,00$) y el Abuso/Dependencia Cannabis (63,63%, $p=0,687$), en cambio los menos estables eran Trastorno Psicótico no especificado (20%, $p=0,125$), Anorexia Nerviosa (0%), Trastorno de Conducta (0%) y Trastorno Adaptativo (33,33%, $p=0,125$). Las puntuaciones del WHOQOLBREF era de 86,30 (DS=13,22) y la EEAG global era de 69,90 (DS=15,388).

Conclusiones: El pronóstico funcional y clínico es dependiente del diagnóstico. Un 43% no realizaba seguimiento en salud mental y por lo tanto actualmente no tenían diagnóstico asociado. Respecto a los datos sobre estabilidad diagnóstica, nuestros resultados son congruentes con la literatura previa.

Referencias esenciales:

1. Mattanah JJ, Becker DF, Levy KN, Edell WS, McGlashan TH. Diagnostic Stability in adolescents followed up 2 years after hospitalization. *Am J Psychiatry*. 1995; 152: 889-94.
2. Whitty P, Clarke M, McTigue O, Browne S, Kamali M, Larkin C, O'Callaghan E. Diagnostic stability four years after a first episode of psychosis. *Psychiatr Serv*. 2005 Sep; 56(9):1084-8.
3. Ghazan-Shahi S, Roberts N, Parker K. Stability/change of DSM diagnoses among children and adolescents assessed at a university hospital: a cross-sectional cohort study. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009; 18 (4): 287-92.
4. March J, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, Burns B, Domino M, McNulty S, Viti-

ello B, Severe J. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA*. 2004; 18; 292(7):807-20.

5. Birmaher B, Arbelaez C, Brent D. Course and outcome of child and adolescent major depressive disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2002 Jul;11(3):619-37.
6. First MD, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID). American Psychiatric Press, 1997.

FAMILIA DISFUNCIONAL-IMPULSIVIDAD DISFUNCIONAL. POSIBLE PRECURSOR DE PATOLOGIAS EN ADOLESCENTES

JA Vargas Castro. Médico Psiquiatra Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Médico Psiquiatra Institut de Trastorns Alimentaris-Conducta/Barcelona

Resumen

Introducción:

La impulsividad disfuncional durante la adolescencia, ha demostrado ser uno de los factores determinantes en el entendimiento de diferentes entidades nosológicas; sin dejar de lado que este periodo es caracterizado por múltiples cambios. En esta etapa la necesidad de explorar el mundo adulto y formarse una identidad propia, puede llevar a los adolescentes a instalarse en conductas antinormativas, desafiantes y rebeldes, pudiendo ser un medio para expresar los conflictos internos y externos presentes. En muchos casos, los adolescentes manifiestan su malestar y necesidades infravaloradas de autoafirmación y reconocimiento, mediante conductas oposicionistas tanto activas (externalizantes), como pasivas (internalizantes). La impulsividad disfuncional puede acompañar ciertas patologías, en comorbilidad con un entorno familiar desestructurado.

Evidenciamos esta impulsividad disfuncional en diferentes entidades patológicas en nuestro Instituto de Trastornos Alimentarios y de Conducta-ITA, al igual que su repercusión sobre su sistema familiar, lo que amerita estudiarse y proporcionar esquemas de tratamiento.



Antecedentes:

En el Instituto de trastornos Alimentarios, ITA, tanto en el programa de Hospitalización Completa, programa de Hospital día, atenciones ambulatorias y el Programa de Pisos Terapéuticos, se repite la constante déficit del control de impulsos y de preferencia si se relacionan con Trastornos externalizantes tipo : Trastorno Negativista Desafiante-TND, Trastorno por Déficit de Atención con/ sin Hiperactividad-TDAH, Trastorno de Conducta-TC y Trastornos de Personalidad Grupo B, entre otros. Para el año 2012 ITA abre su sede de Trastornos de Conducta, ante la evidencia de esta misma comorbilidad y en el contexto disfuncionalidad familiar. Se realiza esta investigación inicial, con el deseo de brindar un abordaje terapéutico integral para Adolescentes con este tipo de patología y sus familias.

Hipotesis a contrastar: Los Adolescentes que presentan una disfuncionalidad en el control de impulsos, sumado a una familia o sistema nuclear de desenvolvimiento desestructurado y comorbilidad nosológica externalizantes o internalizante, podrían tener un difícil pronóstico en el tratamiento de su patología de base y comorbilidades presentes. Así mismo el abordaje de este déficit en el control de sus impulsos, nos puede dimensionar a un mejor pronóstico para el adolescente y sus sistemas de convivencia.

Objetivo

Determinar como el actuar impulsivo disfuncional en adolescentes, puede relacionarse como factor predisponente de manifestaciones mal adaptativas y por ende de diferentes patologías, con un variado complejo sintomático y sindromático comórbido, repercutiendo en su estructura familiar nuclear.

Material y metodos:

Se trata de un estudio descriptivo de casos y controles, donde se busca obtener a través de 130 entrevistas semiestructuradas , con aplicación de 4 instrumentos individuales tipo CBC (Child Behavior Checklist) de cribaje, IPAS (Impulsive/Premeditated Aggression Scale) de Impulsividad-BIS.11 (Barratt Impulsiveness Scale) de Impulsividad y APGAR FAMILIAR (vincularidad)-; con toma de la población referencia escogida para el estudio en cinco grupos nosológicos diagnosticados en nuestro centro: Anorexia Nerviosa(n=20),Bulimia

Nerviosa(n=20),Obesidad(n=20),Trastorno Negativista Desafiante(n=20),Trastorno por Déficit de Atención con/ sin Hiperactividad(n=20), constatando la existencia o no de alteración en el control de sus impulsos, frente a una población control (n=30),no diagnosticada de dichas patologías. Esto en un mismo grupo etáreo de 12 a 17 años en nuestros centros de Argentina y Barcelona.

Resultados y conclusiones

La impulsividad disfuncional se hace evidente, en una alta prevalencia, en adolescentes que muestran alteraciones de base en su contexto familiar y guarda similitudes en las diferentes patologías tanto alimentarias como externalizantes estudiadas.

La disfuncionalidad familiar es homólogo de impulsividad en el contexto de TCA (AN-BN-O), TND-TDAH.

Referencias esenciales:

1. Family Climate and Recovery in Adolescent Onset Eating Disorders: A Prospective Study/K. Nilsson,I.Engström.Eur.Eat.Disorders.Rev.20 (2012) e96-e102.
2. Eathing Pathology among Adolescent Girls with Attention-Defciit/Hyperactivity-Disorder.,A. Yee,S.P.Hinshaw.J.Abnorm Psychol 2008; 117 (1): 225-235.

RELACIÓN DEL ESTADO EN HIERRO DURANTE EL EMBARAZO SOBRE EL DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO.

Hernández-Martínez C., Arija V, Ribot B., Aranda N., Voltas N., Bedmar C., Canals J.

Introducción: El hierro es un nutriente indispensable para la síntesis de hemoglobina y para el crecimiento fetal. En el sistema nervioso central es un factor importante para llevar a cabo procesos como la formación de sinapsis, la mielinización y la síntesis de neurotransmisores (sobre todo dopamina, noradrenalina, adrenalina y serotonina), así como el desarrollo de la función de los ganglios basales y del sistema dopaminérgico. En los períodos en los que existe un importante crecimiento del organismo, como el embarazo y la primera infancia, los requerimientos de hierro son elevados y el riesgo de padecer déficit en este nutriente aumenta vertiginosamente aún en los países desarrollados. Debido a las funciones en las que



está implicado, el déficit de hierro durante el embarazo puede afectar el neurodesarrollo del feto conllevando consecuencias a nivel cognitivo y conductual.

Objetivo: Valorar el efecto del déficit de hierro durante el embarazo sobre el desarrollo cognitivo (desarrollo mental y psicomotor) y conductual del niño sano durante el primer año de vida (a los 6 y a los 12 meses).

Material y método: Se reclutaron 216 mujeres embarazadas durante su primer trimestre de gestación y sus bebés sanos nacidos a término. El estado en hierro de la madre se determinó mediante parámetros bioquímicos en los tres trimestres del embarazo, así mismo, también se determinó el estado en hierro del niño a los 6 y 12 meses de vida. El desarrollo cognitivo y conductual del niño fue evaluado mediante las Escalas de Bayley para el Desarrollo Infantil de las cuales se obtuvo el Índice de Desarrollo Mental y Psicomotor a los 6 y 12 meses. Así mismo, el comportamiento fue observado obteniendo puntuaciones sobre la atención y regulación emocional del niño durante el examen. Para poder determinar el efecto que el déficit de hierro durante el embarazo tiene sobre el desarrollo cognitivo y conductual del niño, se realizaron modelos de regresión lineal múltiple ajustados por variables psicológicas (ansiedad), sociodemográficas (edad, nivel socioeconómico) y hábitos tóxicos (hábito tabáquico consumo de alcohol) de la madre; variables obstétricas (suplementación con hierro, edad gestacional) y neonatales (peso al nacer, perímetro craneal, puntuación Apgar) y variables del niño durante el primer año de vida (tipo de lactancia y estado en hierro mediante parámetros bioquímicos).

Resultados: Independientemente del efecto de las variables de ajuste, el déficit de hierro con anemia durante el tercer trimestre de gestación mostró ser una variable predictora del desarrollo mental y psicomotor del niño a los 12 meses de edad. En relación a los aspectos conductuales evaluados, no se halló relación entre los mismos y el estado en hierro durante la gestación. Así mismo, el grado atención del niño a los 6 y 12 meses fue predicho por el hábito tabáquico materno durante el embarazo, y la regulación emocional del niño también a los 6 y 12 meses, fue predicha por el nivel de ansiedad gestacional materna.

Conclusión: El estado en hierro de la madre durante la gestación, aún recibiendo suplementos nutricionales, está relacionado con un peor desarrollo cognitivo durante el primer año del niño independientemente de si el niño padecía de déficit de hierro. Factores como el tabaquismo y la ansiedad gestacionales maternos están relacionados con una peor capacidad atencional y de regulación emocional del niño en el periodo estudiado. A través de los datos obtenidos, se puede concluir que es necesario realizar un exhaustivo seguimiento de aspectos psicológicos, nutricionales y psicosociales durante el embarazo con el fin de mejorar el desarrollo psicológico, así como prevenir futuras alteraciones a nivel cognitivo y conductual del niño.

LA INTEGRACIÓN SENSORIAL. SU APLICACIÓN EN USMI-J.

N Lahoz Grañena (1), MI Contreras Parody (2), J Castellano Ramírez (3), J De León Santana (4)

(1) Diplomada en terapia ocupacional, experta en integración sensorial por la Universidad del Sur de California y licenciada en psicología. Terapeuta ocupacional de la Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil del CH Torrecárdenas (Almería).

(2) Diplomada en terapia ocupacional, especialista en trastorno mental grave por la Universidad de Almería. Terapeuta ocupacional en Comunidad Terapéutica del C. H. Torrecárdenas (Almería).

(3) Diplomado en terapia ocupacional. Terapeuta ocupacional en Hospital de Día del C. H. Torrecárdenas (Almería).

(4) Diplomada en Terapia ocupacional en Unidad de Rehabilitación de Salud mental del C. H. Torrecárdenas (Almería).

Resumen

Introducción/antecedentes:

La Integración Sensorial se define como la organización de las sensaciones por parte del cerebro para su uso en la vida diaria.

Este modelo entrega una perspectiva para interpretar las relaciones específicas entre funcionamiento neurológico, comportamiento sensoriomotor y aprendizaje académico.

Proporciona un marco teórico clínico para la intervención y se usa esta perspectiva teórica para diseñar evalu-



aciones y desarrollar métodos de investigación:

- Proporciona evaluación y tratamiento particularmente las deficiencias asociadas a la torpeza y a la integración de estímulos sensoriales (Auditivo, Visual, Olfativo, Gustativo, Táctil, Vestibular y Propioceptivo).
- Pone énfasis en Sistemas Táctil, vestibular y propioceptivo. Son los sistemas más primitivos, los primeros en madurar y proporcionan información sobre el cuerpo y sus limitaciones. Además influyen en la interpretación de la información visual y auditiva.

Hipótesis y Objetivos:

El modelo de la Integración Sensorial nos hace plantearnos su aplicación en parte de la población atendida en nuestra Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J), ofreciendo una evaluación y técnicas de intervención complementarias a la intervención realizada hasta ahora.

Las patologías han sido: Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD), Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), Trastorno del Desarrollo del Aprendizaje, retraso neurocognitivo y trastornos del lenguaje. Igualmente se han incluido aquellos pacientes en los que se ha observado un desequilibrio en alguno de los sistemas sensoriales independientemente de su diagnóstico.

Los objetivos de trabajo han sido:

1. Mejorar desórdenes sensoriales.
2. Desarrollar habilidades motoras.
3. Proporcionar a los padres herramientas para facilitar el desempeño funcional del niño en el hogar: autonomía, manejo de situaciones, juegos y juguetes.
4. Proporcionar estrategias basadas en la teoría de integración sensorial a los niños para mejorar su estado de alerta y su capacidad de autocontrol.

Material y Métodos:

Se ha contado con un terapeuta ocupacional y con material diverso de psicomotricidad.

Metodología:

1. Primera entrevista tras la derivación:
 - a. Evaluación del Procesamiento sensorial: Cuestionario para padres.

- b. Observación clínica estructurada.
- c. Estudio del caso tras la valoración de ser susceptible del tipo de intervención.
 2. Realización del perfil psicomotor o Escala Observacional de Desarrollo.
 3. Establecer objetivos de intervención y recomendaciones para casa (Dieta sensorial, Modificaciones ambientales).
 4. Sesiones individuales o de 2 – 3 pacientes en un contexto de juego.

Resultados:

El programa se implantó en el año 2011, desarrollándose en la actualidad. Se han incluido trece pacientes con edades comprendidas entre tres y catorce años. De los cuales, doce son niños y una niña.

Se han aplicado dos modalidades de intervención:

1. Intensivo, que consta de dos o tres sesiones semanales de 45 minutos/sesión.
2. Ambulatorio, que consta de una sesión quincenal de 35 minutos/sesión y se prioriza el consejo y asesoramiento para padres.

Los pacientes se ha dividido según su asistencia o no a Hospital de Día: cuatro niños en la modalidad intensiva, consiguiendo una mejoría en los objetivos planteados (habilidades motoras y autocontrol), y ocho en la modalidad ambulatoria, de los cuales tres han logrado también una mejoría (introducción alimentos sólidos).

Conclusiones:

- La integración sensorial es un método que puede resultar efectivo para niños atendidos en USMI-J, incluso sin disponer de todos los recursos necesarios.
- Algunas técnicas de este enfoque ayudan a mejorar en los niños su planeamiento motor y su autocontrol.
- Creemos que sería interesante poder aplicar el tratamiento intensivo a todos los casos.
- Los resultados más visibles se han observado en los niños derivados por problemas para el paso de alimentos líquidos a sólidos.
- El nivel de satisfacción de los padres con este programa es alto, por la orientación y consejo que reciben para solventar problemas concretos del día a día.



Referencias esenciales:

1. Universidad de California y Western Psychological Services, 2000 – 2004. Perspectiva de Integración Sensorial (Curso 1). Revisión y reimpresión de Alicia Valdés. Escuela de Terapia Ocupacional de la Universidad de Chile, 2007.
2. Beaudry I. Problemas de aprendizaje en la infancia. Ediciones Nobel. Oviedo, 2003.
3. Ayres A. J. La integración sensorial y el niño. Ed. Trillas Eduforma. Sevilla, 2006.

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE SOPORTE A PRIMARIA INFANTO JUVENIL (PSPIJ) EN LA COMARCA DEL GARRAF / BAIX PENEDES (CUNIT) DURANTE EL AÑO 2012.

A Moreno Mayós (1), S Juan Vidal (2), C Pujol Capdevila (2), M García Blázquez (1), A Acevedo Garvía (3), C García Pedrajas (3), F Moruno Arena (2)

(1) Psicóloga Clínica. CSMIJ Garraf. Hospital MaternoInfantil Sant Joan de Déu.

(2) Psiquiatra. CSMIJ Garraf. Hospital MaternoInfantil Sant Joan de Déu.

(3) Psicóloga Residente. Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

Resumen

Introducción/antecedentes:

Existe una morbilidad entre el 15-20% (Tizon 2002) de trastornos mentales en la población infanto-juvenil que puede ser detectada en los equipos de atención primaria. Frecuentemente se trata de patología mental no grave que si es atendida y tratada a tiempo puede ser resuelta, evitando la cronicidad de la misma. El plan de salud de la Generalitat de Catalunya (2006-2012) trazó como línea estratégica la creación de programas de soporte a la atención primaria, que integran a los profesionales de salud mental en los equipos de atención primaria (EAP). En el año 2010 se instaura dicho programa aplicado a la población infanto-juvenil en la comarca del Garraf/ Baix Penedes (Cunit).

Hipótesis y Objetivos:

Este estudio se propone estudiar las características de los pacientes que son atendidos en dicho programa y el

funcionamiento del mismo.

Material y Métodos:

Estudio descriptivo prospectivo de los pacientes menores de 18 años atendidos durante el año 2012 en el programa PSPIJ. Un total de 669 personas, de edades comprendidas entre 1 y 17 años fueron atendidos. Las variables de sexo, edad, diagnóstico y resolución del caso fueron recogidas para la realización de un análisis descriptivo mediante Excel 2010.

Resultados:

Del total de derivaciones, un 84% fue atendido en el centro de atención primaria por un especialista en salud mental, con una proporción ligeramente mayor de hombres (53%) que de mujeres. Los diagnósticos más prevalentes fueron: trastorno adaptativo (34%), desorden conductual (16%) y trastorno de ansiedad (13%). En un 66% de los casos la problemática se resolvió, el resto fue derivado a atención especializada.

Conclusiones:

En el programa PSPIJ se atiende mayoritariamente a pacientes menores de 18 años que presentan problemas adaptativos, de conducta y de ansiedad. Solo un tercio es derivado a dispositivos especializados, por lo que se demuestra su eficacia en cuanto a prevención secundaria se refiere.

Referencias esenciales:

1. Tizón García, J.L. (2002). Prevención e intervención en la salud mental de la primera infancia desde los dispositivos de atención primaria. *Revista pediátrica de atención primaria*, 13, 81-106.

EL PAPEL DE LOS ÁCIDOS GRASOS ESSENCIALES DURANTE LA ETAPA PRENATAL EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

N Ribas-Fitó (1), J Júlvez (2), R García-Esteban (3), J Sunyer (4)

(1) Licenciada en Medicina y Cirugía, PhD; R4 Psiquiatría Parc de Salut Mar, Barcelona.

(2) Licenciado en Psicología, PhD; Centre de Recerca en Epidemiologia Ambiental, Barcelona.

(3) Licenciada en Estadística; Centre de Recerca en Epi-



demiología Ambiental, Barcelona.

(4) Licenciado en Medicina y Cirugía, PhD; Centre de Recerca en Epidemiologia Ambiental, Barcelona.

Resumen

Introducción/antecedentes:

Los ácidos grasos esenciales (AGEs) son ácidos grasos poliinsaturados que el organismo no puede sintetizar y necesita incorporar a través de la dieta. Existen los AGEs tipo omega-3 y los omega-6 que compiten por el metabolismo de los mismos enzimas. Los omega-3 juegan un papel importante en las funciones químicas, fisiológicas y estructurales del sistema nervioso, siendo necesaria una correcta incorporación durante la etapa prenatal para el óptimo desarrollo del cerebro. Se han descrito asociaciones positivas entre los omega-3 en sangre de cordón y las funciones visuales y cognitivas, pero pocos estudios han examinado su papel durante el embarazo sobre el desarrollo de sintomatología psiquiátrica en la infancia.

Hipótesis y Objetivos:

Estudiar la relación entre los niveles de AGEs en sangre de cordón y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad a los 4 años.

Material y Métodos:

Se estudiaron 457 niños de la cohorte poblacional de la ciudad de Sabadell (Barcelona), integrada dentro del proyecto INMA-Infancia y Medio Ambiente. Se analizaron los niveles de AGEs en sangre de cordón y se calculó la ratio n-6/n-3. Para determinar la sintomatología TDAH se utilizaron los criterios diagnósticos según la ADHD-RS-DSM IV cumplimentada por los maestros a los 4 años. Se realizaron modelos de regresión logística multivariada.

Resultados:

Un 5.03% de los niños presentaron criterios diagnósticos de TDAH a los 4 años. Estos niños presentaron menor concentración de AGEs en sangre de cordón y su ratio n-6/n-3 fue mayor. En aquellos niños con una ratio n-6:n-3 mayor de 4 el riesgo relativo de padecer TDAH fue de 16.8 ($p=0.009$).

Conclusiones:

El balance omega-6/omega-3 durante la gestación juega un papel importante en el desarrollo del TDAH,

siendo necesaria una óptima aportación de omega-3.

Referencias esenciales:

1. Ryan AS, et al. Effects of long-chain polyunsaturated fatty acid supplementation on neurodevelopment in childhood: a review of human studies. *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids*. 2010; 82: 305-14
2. Kohlboeck G, et al. Effect of fatty acid status in cord blood serum on children's behavioral difficulties at 10 y of age: results from the LISaplus Study. 2011; 94: 1592-9
3. Gillies D, et al. Polyunsaturated fatty acids (PUFA) for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 ; 11:7

ANÁLISIS/SEGUIMIENTO DE UNA MUESTRA DE HIJOS DE PERSONAS AFECTADAS POR TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG).

C Falconi Valderrama (1), MV Trujillo López (2), T Ruano Hernández (2), J Melgar Martínez (2), I Pérez Ortiz (3)

(1) MIR Psiquiatría, Hospital Punta Europa, Algeciras.

(2) PIR Psicología Clínica, Hospital Punta Europa, Algeciras.

(3) FEA Psicología Clínica, USMIJ, Algeciras.

Resumen

Introducción/antecedentes:

Una persona con un TMG puede presentar dificultades en afrontar el cuidado y atención de sus hijos/as. La situación será más difícil en casos en que ambos progenitores padezcan un trastorno o concurren otras carencias sociales.

El aspecto que ha generado más interés sobre la maternidad/paternidad en personas con enfermedad mental y mayor investigación, ha sido el impacto sobre la salud mental y desarrollo de los hijos de las personas con estas patologías.

Hipótesis y Objetivos:

El objetivo del estudio es realizar un análisis de las características y la evolución de hijos de pacientes con TMG que han acudido a la USMIJ de Algeciras.



Material y Métodos:

La muestra está constituida por 25 pacientes hijos de padres con TMG que acuden a la USMIJ-Algeciras desde el 2005. Se realiza un análisis descriptivo, de diferentes cuestiones relevantes (motivo de consulta, antecedentes familiares, grado de adaptación, entre otras).

Resultados:

Entre los resultados encontramos que la edad media de la primera consulta sería de 8 años, siendo un porcentaje importante del motivo de la misma la presencia de conductas perturbadoras (52,9%) y de dificultades en las relaciones con sus iguales (17,6%).

Entre los antecedentes familiares el 41,2% presenta esquizofrenia y el 35,3% trastorno bipolar.

Un número elevado de pacientes está diagnosticado de trastornos del comportamiento y de las emociones (70,6%).

Conclusiones:

Se pueden considerar frecuentes las consultas de hijos de personas con TMG a los dispositivos de salud mental. Un número importante de los mismos terminan siendo diagnosticados de trastorno mental.

No obstante, existen limitaciones en el estudio (la muestra es desmenuada, el análisis se ha realizado de forma retrospectiva, entre otras).

Para futuros estudios sería interesante valorar la evolución a largo plazo, así como analizar a los hijos de TMG que no acuden a consulta especializada, y evaluar posibles programas de prevención.

Referencias esenciales:

1. Muñoz M, Panadero S y cols. Prevención de trastorno mental en hijos de personas afectadas por trastornos mentales graves. Estudio inicial sobre la situación en la Comunidad de Madrid. Fundación Manantial-Universidad Complutense de Madrid.2010.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS CATEGORÍAS MÁS FRECUENTES DE PATRONES DE CONDUCTA E INTERESES RESTRINGIDOS, REPETITIVOS Y ESTEREOTIPADOS EN UNA MUESTRA DE NIÑOS DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA).

C Falconi Valderrama (1), T Ruano Hernández (2), J Melgar Martínez (2), MI Cervera Pérez (2), T Guerra Alegre (3)

(1) MIR Psiquiatría, Hospital Punta Europa, Algeciras.

(2) PIR Psicología Clínica, Hospital Punta Europa, Algeciras.

(3) FEA Psiquiatría, USMIJ, Algeciras.

Resumen

Introducción/antecedentes:

Los patrones de comportamiento restringidos, repetitivos y estereotipados es uno de los dominios pertenecientes a la categoría diagnóstica de Trastorno del Espectro Autista (TEA), consiste en un conjunto de conductas heterogéneas que pueden abarcar desde movimientos estereotipados hasta intereses circunscritos.

Existe un número reducido de estudios que examinen de forma específica el conjunto conductas e intereses más habituales en los niños TEA, así como su relación con la edad, capacidad intelectual y género.

Hipótesis y Objetivos:

El objetivo que nos planteamos en el siguiente estudio sería examinar los diferentes conductas e intereses restrictivos y repetitivos más frecuentes en una muestra de niños diagnosticados de TEA.

Material y Métodos:

La muestra consta de 35 pacientes pertenecientes a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Algeciras y diagnosticados de TEA. Se administra a los padres de estos niños/as la Entrevista para el Diagnóstico del Autismo-Revisada (ADI-R). Como criterio de inclusión tenían que superar los puntos de corte de la prueba para el diagnóstico de TEA.

Se han analizado los siguientes ítems del ADI-R: preocupaciones inusuales, intereses circunscritos, uso repetitivo o interés en partes de los objetos, compulsiones/rituales, intereses sensoriales inusuales y habilidades especiales. Una vez obtenidos los datos se han categorizado en función intereses/conductas que más se repetían.

Resultados:

En relación a las preocupaciones inusuales se han identificado de forma mayoritaria la preferencia por electrodomésticos/herramientas (36,54% de los sujetos que cumplían criterios en este elemento), Entre los intere-



ses restringidos que más se repiten se encontrarían las categorías vehículos (17,2%) y rompecabezas/construcciones (10,3%). Los rituales/compulsiones registrados más frecuentes serían, alineación de objetos y lavado. El olfato sería el interés sensorial inusual más habitual en la población analizada. Entre las habilidades especiales más representativas encontramos las habilidades visoespaciales y la memoria.

Conclusiones:

Los datos del estudio serían congruentes con las investigaciones existentes respecto a este trastorno, en relación a los intereses restringidos, rituales/compulsiones y habilidades especiales.

Para futuras investigaciones sería interesante ampliar el número de participantes, valorar la posible relación entre los intereses y edad, cociente intelectual y género.

Referencias esenciales:

1. Lam KS, Bodfish JW, Piven J. Evidence for three subtypes of repetitive behavior in autism that differ in familiarity and association with other symptoms. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008 Nov;49(11):1193-200
2. Patterson SY, Smith V, Jelen M. Behavioural intervention practices for stereotypic and repetitive behaviour in individuals with autism spectrum disorder: a systematic review. *Dev Med Child Neurol*. 2010 Apr; 52(4):318-27
3. Rutter M, Le Couteur A y Lord C. Adaptación española: Nanclares-Nogués V, Cordero Pando A y Santamaría P. Manual ADI-R Entrevista para el diagnóstico del autismo Revisada. Madrid: Tea Ediciones; 2006.

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN PACIENTES CON TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS, EN UN CENTRO DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES.

C Falconi Valderrama (1), J Melgar Martínez (2), N Olmo López (1)

(1) MIR Psiquiatría, Hospital Punta Europa, Algeciras.

(2) PIR Psicología Clínica, Hospital Punta Europa, Algeciras.

Resumen

Introducción:

Uno de los problemas de salud más relevantes de cuantos afectan al funcionamiento de los niños y adolescentes es el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), y es frecuente además encontrar adolescentes y adultos que no han sido diagnosticados que manera circunstancial han iniciado el consumo de sustancias tóxicas, que se va perpetuando muchas veces como consecuencia de la relajación que les genera.

Hipótesis y Objetivos:

Determinar la presencia de síntomas de TDAH en la infancia en los pacientes con Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) que acuden a un Centro de Tratamiento de Adicciones (CTA), y relacionarlo con la edad de inicio del consumo y las diferentes sustancias.

Material y Métodos:

Para determinar el diagnóstico retrospectivo de síntomas de TDAH en la infancia se aplicará la adaptación al castellano y validada en población española de la Wender-Utah Rating Scale (WURS) adoptándose como criterio de inclusión obtener un punto de cohorte en la WURS de 37 que facilitase una especificidad del 95%, y pacientes con síntomas altamente consistentes con TDAH en adultos según el cuestionario de cribado ASRS.

La muestra consta de 151 pacientes que acudieron al CTA de Algeciras por TUS, derivados por los diferentes centros asistenciales de la zona.

Se analizará la distribución porcentual en la muestra y recogerá información sobre variables socio-demográficas, y datos clínicos sobre edad de inicio de consumo y el tipo de sustancia.

Resultados:

La prevalencia de síntomas asociados al diagnóstico de TDAH de pacientes en tratamiento por diagnóstico de TUS en el CTA de Algeciras fue de 35,1% (53 de 151 pacientes), frente al 64,9% (98 de 151 pacientes) con TUS que obtuvieron un punto de cohorte menor a 37 en la WURS, ni presentaban síntomas relacionados a TDAH en la actualidad.

En los pacientes que superaron el punto de cohorte, la puntuación media de la WURS fue más elevada aquellos que consumían más de una sustancia, que en los sujetos que sólo consumían una. Se observó una correlación negativa entre la edad de inicio del uso de sustancias y



los síntomas asociados al diagnóstico de TDAH.

No se observó una predilección por alguna sustancia de abuso, siendo la más frecuente el alcohol, seguida de cannabis.

Conclusiones:

Los datos del estudio son congruentes con las investigaciones actuales. Pacientes toxicómanos con puntuaciones elevadas en la WURS, pueden indicar una alta prevalencia de TDAH infantil, quedando en evidencia la vulnerabilidad al desarrollo de adicciones entre los niños son síntomas asociados a TDAH. En la actualidad existe la conveniencia de avanzar en el desarrollo de más herramientas diagnósticas y adecuada difusión, para una detección y tratamiento tempranos.

Referencias esenciales:

1. Quintero F.J., Correas Lauffer J., Quintero Lumbreras F.J. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad a lo largo de la vida. 2ª Edición. 2006 Jul. 267-78.
2. Fischer M, Barkley RA, Smallish L, Fletcher K, Young adult follow-up of hyperactive children: self reported psychiatric disorders, comorbidity, and the role of child-hood conduct problems and teen.
3. Biederman J, Mick E, Faraone SV, Burbach M. Patterns of remission and symptom decline in conduct disorder: A four year prospective study of an ADHD sample. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 2001; 40(3):209-8.

ESTUDIO DE LAS DIFERENCIAS EN EL GRADO DE DEPENDENCIA Y RECAÍDAS EN PACIENTES CON TUS Y SINTOMAS ASOCIADOS A TDAH EN LA INFANCIA EN UN CENTRO DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES.

C Falconi Valderrama (1), N Olmo López (1), MI Cervera Pérez (2), I Rodríguez López (3), MJ Rodríguez Melgar (4)

(1) MIR Psiquiatría, Hospital Punta Europa, Algeciras.

(2) PIR Psicología Clínica, Hospital Punta Europa, Algeciras.

(3) Psicóloga Clínica, CTA-Algeciras.

(4) Médico Asistencial CTA – Algeciras.

Resumen

Introducción/antecedentes:

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) supone una de las patologías más frecuentes y que presentan mayor comorbilidad, dentro de la variedad clínica de los niños con TDAH muchas veces es difícil realizar un diagnóstico en edades tempranas, y se encuentran en riesgo de desarrollar otras patologías asociadas dentro de su evolución, tales como el Trastorno por Uso de Sustancias (TUS).

Hipótesis y Objetivos:

El objetivo que nos planteamos en el siguiente estudio sería relacionar el grado de dependencia de consumo de sustancias y recaídas entre los pacientes con diagnóstico de TUS que acuden a un Centro de Tratamiento de Adicciones (CTA) con síntomas de TDAH en la infancia.

Material y Métodos:

Se administrará la entrevista semi-estructurada ASI (Addiction Severity Index) para evaluar la severidad de la dependencia en estos pacientes, así como la adaptación castellano y validada en población española Wender-Utah Rating Scale (WURS) adoptándose como criterio de inclusión obtener un punto de cohorte en la WURS de 37 que facilitase una especificidad del 95%.

La muestra consta de 151 pacientes que acudieron al CTA de Algeciras por consumo de sustancias derivados por los diferentes centros asistenciales de la zona, recogiendo información sobre sus conductas adictivas, incluyendo la cantidad de consumo habitual, el grado de afectación, así como la periodicidad del consumo.

Resultados:

En nuestra muestra de pacientes con diagnóstico de Trastorno por Uso de Sustancias, se observó una puntuación media mayor en la WURS para politoxicómanos, así como una tendencia a mayores presentar recaídas, sin embargo no se encontró una relación significativa entre síntomas de TDAH en la infancia y la severidad de la adicción (ASI).

Conclusiones:

Se ha encontrado congruencia con las investigaciones existentes con respecto a asociación entre TUS y TDAH



en la infancia, los pacientes politoxicómanos presentaban además mayores puntuaciones en la WURS y una tendencia a presentar más recaídas, sin encontrar diferencias en cuanto a la severidad de la adicción. Consideramos importante la detección y abordaje terapéutico en edades tempranas para disminuir el riesgo de otros trastornos asociados, en este caso del abuso de sustancias.

Referencias esenciales:

1. Quintero F.J., Correas Lauffer J., Quintero Lumberras F.J. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad a lo largo de la vida. 2ª Edición. 2006 Jul. 267-78.
2. Biederman J. Attention-Deficit/Hiperactivity disorder: A life-span Perspective. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(7):4-16.
3. Biederman J, Mick E, Faraone SV, Burbach M. Patterns of remission and symptom decline in conduct disorder: A four year prospective study of an ADHD sample. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 2001; 40(3):209-8.
4. Fischer M, Barkley RA, Smallish L, Fletcher K, Young adult follow-up of hyperactive children: self reported psychiatric disorders, comorbidity, and the role of child-hood conduct problems and teen.

TOULOUSE PIÉRON: UTILIDAD COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA Y COMPARATIVA EN LA EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA DEL TDAH.

A J. Ortega (1), P Sánchez Castro (1), E Galindo Cano (1), T Aparicio Reinoso (2), P Rodríguez Ramos (3)
 (1) MIR Psiquiatría, Hospital Universitario La Paz, Madrid
 (2) MIR Psiquiatría, Hospital Rodríguez Lafora, Madrid
 (3) Psiquiatra, Sección Infanto Juvenil, CSM Tetuán, Madrid

Resumen

Introducción/antecedentes: La capacidad para mantener una actividad o terminar una tarea supone una de las dificultades habituales en los niños y adolescentes con TDAH, por lo que mejorar estos aspectos es uno de los objetivos fundamentales del tratamiento.

Para una adecuada valoración de la evolución se de-

berían incluir medidas objetivas y estandarizadas de los cambios en la capacidad de memoria de trabajo a lo largo del tratamiento. Esto requiere instrumentos fiables y accesibles desde la práctica clínica. Objetivos: Ampliar las evidencias que fundamentan la valoración objetiva del diagnóstico de TDAH.

Desarrollar la aplicación de herramientas en el contexto del trabajo clínico cotidiano, que permitan cuantificar las mejoras obtenidas con los tratamientos farmacológicos para el TDAH.

Evaluar la utilidad del test de Toulouse Piéron como herramienta diagnóstica, que permita la evaluación comparativa de los cambios a nivel de atención y concentración a lo largo del tratamiento.

Promover la aplicación de éste tipo de herramientas en la práctica habitual.

Material y Métodos: En nuestro estudio hemos valorado a 40 pacientes, que han recibido como diagnóstico principal TDAH, según criterios DSM-IV-TR.

La muestra ha sido seleccionada entre aquellos que acudían a nuestro Centro de Salud Mental Infanto Juvenil para una primera consulta, derivados por sus pediatras de atención primaria o centros de enseñanza ante la sospecha diagnóstica de TDAH.

Los criterios de inclusión requerían que los pacientes presentaran edades comprendidas entre los 6 y los 17 años y un nivel mental normal. Se han excluido aquellos que ya habían iniciado un tratamiento farmacológico.

En la primera consulta se valoró la atención sostenida, concentración, resistencia a la monotonía y rapidez perceptiva mediante la aplicación del test de Toulouse Piéron.

En 16 de los 40 casos se repitió el estudio con TP a las 4-8 semanas de haber iniciado el tratamiento con metilfenidato, y se compararon los resultados con los obtenidos en la evaluación inicial.

Resultados: La muestra estudiada previamente al inicio del tratamiento obtuvo de media un percentil del test del 30,3, con una media de 97,26 puntos. En 16 de los 40 casos se repitió el estudio una vez iniciado el tratamiento con metilfenidato. Comparando las observaciones antes y después del tratamiento obtuvimos que el rendimiento en la prueba se había incrementado entre 72,4 y 79,8 puntos, con un incremento medio de percentil de entre 34 y 37 percentiles, con una confianza del 95%.



Conclusiones: Los resultados del T.P. sin tratamiento reflejan un rendimiento bajo en esta prueba, que confirma las repercusiones negativas del TDAH en la memoria de trabajo. Estos resultados iniciales podrían incluso aportar una medida cuantificada de la gravedad. Debe explorarse así mismo el posible valor pronóstico de éstos datos.

La mejoría significativa de los resultados posteriores al inicio del tratamiento farmacológico permite una cuantificación objetiva de la evolución; sin embargo debe explorarse el efecto del entrenamiento en la mejora del rendimiento de la prueba a partir de la segunda exploración.

La prueba resulta asequible, en costo y en tiempo, para su utilización en la clínica cotidiana, aportando una herramienta más para el diagnóstico basado en evidencias.

A pesar del pequeño tamaño muestral, los resultados sugieren la utilidad del test Toulouse Piéron para objetivar en la consulta la evolución cuantitativa del paciente con tratamiento farmacológico en sus tareas de atención y concentración.

DESCRIPCIÓN DE UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES CON TRASTORNO PSICÓTICO

S Montaña Ponsa (1), T Del Álamo Fernández (2), P Solé Vigil (3), R Cirici Amell (4), A Hervás Zuñiga (5)

(1) Adjunta del Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil. Hospital Universitari Mútua de Terrassa. Hospital de Día de Adolescentes.

(2) Residente de Psiquiatría, 3er año, HUMT (Hospital Universitari Mútua de Terrassa)

(3) Psicóloga Clínica. Hospital Universitari Mútua de Terrassa. Hospital de Día de Adolescentes.

(4) Doctora en Psicología. Servicio de Psiquiatría HUMT

(5) Coordinadora del Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil. HUMT

Resumen

Introducción/antecedentes:

Los trastornos psicóticos se caracterizan por pérdida del juicio de realidad, déficits cognitivos y alteraciones de la percepción, el pensamiento, la afectividad y la conducta. Presentan un curso recurrente y crónico.

Hipótesis y Objetivos:

Desarrollar un estudio descriptivo de pacientes diagnosticados de trastorno psicótico.

Material y Métodos:

Revisión de historias clínicas de pacientes del HDA (Hospital de Día de Adolescentes) dados de alta entre enero de 2005 y diciembre de 2012. Variables recogidas: sexo, edad, diagnóstico principal y comorbilidad (según DSM-IV-TR), tratamiento farmacológico y EEAG, de ingreso y alta. También procedencia, antecedentes psiquiátricos familiares, consumo de tóxicos y necesidad de ingreso en planta de agudos.

Resultados:

22 pacientes entre 12 y 17 años, 10.9% de un total de 210 fueron diagnosticados de trastorno psicótico.

- Diagnósticos al alta : trastorno psicótico-NE (30,43%), esquizofrenia desorganizada (26%), esquizofrenia paranoide (21,7%), esquizofrenia indiferenciada (8,69%), trastorno esquizofreniforme (4,34%) y trastorno psicótico inducido por cannabis (8,69%).
- El 13% sin tratamiento farmacológico al ingreso. Al alta, el 96% recibía tratamiento. antipsicótico : depot: 17.39%, clozapina 26.08% y con 2 antipsicóticos 21.73%.
- El 59% con antecedentes familiares de trastorno psicótico.
- El 60,8% procedía de unidades de agudos. Durante su estancia en el HDA, un 17,39% tuvo que ingresar en unidades de hospitalización completa.
- Promedio de ingreso de 7,2 meses.
- EEAG al ingreso: 43,9, al alta: 64,56.

Conclusiones:

Más de la mitad acuden al HDA derivados desde unidad de agudos, y aproximadamente una quinta parte precisan ingreso durante su estancia.

Se pone de manifiesto la alta incidencia de antecedentes familiares, así como la necesidad del uso de tratamientos depot, clozapina y combinación de antipsicóticos.

La estancia media supera los 7 meses dada la dificultad de estabilización.

A pesar de la mejoría clínica persisten dificultades en la adaptación psicosocial.

Referencias esenciales:

1. M Alvarez-Jimenez et al. Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitu-



- dinal studies. *Shizophrenia research* 139 (2012) 116-128.
- Edward I Gelber et al. Symptom and demographic profiles in first-episode schizofrenia. *Shizophrenia research*. 67 (2004) 185-194.
 - Carolina Palma Sevillano et al. Primeros episodios psicóticos: Características y patrones de consumo de sustancias en pacientes ingresados en una unidad de agudos. *Anales de la Psicología*. 21 (2005) n°2, 286-293.
 - Remschmidt H., Theisen F. Early onset schizofrenia. *Neuropsychobiology* 66(1) (2012) 63-69.

VALORACIÓN DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON TDAH DE NUEVO DIAGNÓSTICO

L Mesa, C García, C Cuellar, E Ferreira, JJ Ortiz, JA Alda
Hospital Sant Joan de Déu. Servicio de Psiquiatría.

Resumen:

Introducción. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) tiene una buena respuesta al tratamiento farmacológico, presentando mejoras tanto a nivel conductual como atencional con escasos efectos secundarios.

Hipótesis y objetivo. Valorar la existencia de efectos secundarios en pacientes con TDAH recientemente diagnosticados que empiezan tratamiento farmacológico. Se esperará una disminución de peso como primer efecto secundario.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de tipo descriptivo, mediante la revisión de historias clínicas, de todos los pacientes atendidos en la unidad de TDAH del Hospital Sant Joan de Déu entre enero del 2009 hasta diciembre del 2012. Los criterios de inclusión/exclusión son: pacientes de 5 y 17 años, diagnosticados recientemente de TDAH con ausencia de tratamiento farmacológico previo (pacientes naïve). Registro de las constantes (peso, talla, tensión arterial, frecuencia cardíaca) en el momento basal antes de empezar el tratamiento y al mes de iniciarlo. Las constantes han sido medidas siempre por la enfermera de la unidad.

Resultados. Muestra de 111 pacientes, 74,8% varones (N=83), con una edad media 9,21+/-2,65 años. El peso basal medio es 36,42+/-13,99 kg (rango de 17-82), la talla es 1,23+/-0,43 metros, IMC 26,53+/-9,57; la frecuencia cardíaca es de 77,5+/-14,1 lpm, TA Sistólica 101,91+/-12,1 y TA Diastólica de 63,04+/-9,1 mmHg. Un 60,6% de los pacientes tomaban MPH OROS y un 29,8% Atomoxetina. Al cabo de un mes no encontramos diferencias significativas en las variables estudiadas (peso, talla, frecuencia cardíaca, TA e IMC). Al valorar el IMC después de un mes, se produce una mayor disminución en los pacientes tratados con MPH OROS sin encontrar diferencias significativas entre los distintos fármacos.

Conclusiones. En nuestra muestra no encontramos diferencias significativas en peso, talla, frecuencia cardíaca, TA e IMC al mes de introducir tratamiento farmacológico. Los fármacos utilizados para el TDAH son seguros y con escasos efectos secundarios.

Referencias esenciales.

- Frances E. Kuo, PhD, Faber Taylor, A. A Potential Natural Treatment For Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Evidence From National Study. September 2004, Vol. 94; No 9. *American Journal of Public Health*; 2. Díaz Atienza J. Tratamiento farmacológico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

RELACIÓN EXISTENTE ENTRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y EL SUBTIPO DE TDAH (COMBINADO VS. INATENTO)

C Garcia, C Cuellar, L Mesa, E Ferreira, E Serrano, JA Alda
Unidad de TDAH, Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.

Resumen

Introducción/antecedentes: El TDAH presenta elevada comorbilidad con otros trastornos. Según diferentes estudios, la comorbilidad con trastornos de ansiedad en niños y adolescentes se sitúa entre 20 y 25%.

Hipótesis y Objetivos: Existe una relación entre el tipo de TDAH (Inatento vs. combinado) y el nivel de ansiedad, presentando niveles superiores el TDAH com-



binado. Los objetivos son concretar el porcentaje de pacientes con TDAH y trastorno de ansiedad comórbido y analizar su distribución según nivel educativo. Valorar la relación entre tipo de TDAH y niveles de ansiedad.

Material y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes atendidos entre agosto de 2009 y diciembre de 2012 en la Unidad de TDAH del Hospital Sant Joan de Déu. Los criterios de inclusión son la pasación del Cuestionario STAIC y el diagnóstico de TDAH reciente sin tratamiento farmacológico previo (naïve), estableciendo el rango de edad entre 8 y 16 años. Puntuaciones superiores a 60 en STAIC-E o STAIC-R se consideran positivas. Se evalúa la relación entre diagnóstico de ansiedad y puntuación STAIC-E/R. Se analiza la relación entre tipo de TDAH y puntuación STAIC-E/R.

Resultados: la muestra la forman 89 pacientes TDAH naïve, 73% (n=65) varones y 61,8% (n=55) con diagnóstico de TDAH inatento. El 30,3% (n=27) presenta diagnóstico clínico de ansiedad comórbido. Por nivel educativo, el 42,3% (n=22) de los alumnos de primaria y el 13,5% (n=5) de los de secundaria presentan niveles clínicos de ansiedad, existiendo diferencias significativas ($\chi^2=8,48$, $p=0,004$). No existen diferencias entre niveles de ansiedad medidos por el STAIC y subtipos de TDAH (inatento vs. combinado). Existe una correlación entre la impresión clínica de ansiedad y la detección del STAIC (STAIC-R: $r=0,404$, $p=0,01$ y STAIC-E: $r=0,292$, $p=0,01$).

Conclusiones: Uno de cada tres niños con TDAH naïve presenta niveles elevados de ansiedad, especialmente en educación primaria, existiendo diferencias significativas frente a los de secundaria. El STAIC es una buena herramienta para detectar la ansiedad en pacientes con TDAH. No encontramos relación entre presencia de ansiedad y subtipo de TDAH.

Referencias esenciales:

1. López-Villalobos, J.A., Serrano Pintado I. y Delgado Sánchez-Mateos J. (2004) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema* 2004. Vol. 16, nº 3, pp. 402-407

DETECCIÓN PRECOZ DEL CONSUMO DE DROGAS EN JÓVENES: PROGRAMA DE MEDIDA EDUCATIVA ALTERNATIVA A LA SANCION ADMINISTRATIVA.

Majó, L., Lara, A., Duarri, E., Autet, A., Delgado, I., Delgado, S., Fernández, J., Fernández, M., González, H., Pérez, D., Villar, L.

Centro de Salud Infantil y Juvenil de Manresa. División Salud Mental de la Fundació Althaia.

Resumen

Introducción/antecedentes:

Las estrategias preventivas que han demostrado eficacia en prevención de drogodependencias han estado las que se basan en estrategias selectivas, actuando sobre la población de riesgo.

Las personas que se inician en el consumo de drogas dilatan durante años la demanda de ayuda por este problema, y cuando lo hacen, ya se ha establecido una dependencia y un consumo problemático.

Hipótesis y Objetivos:

El objetivo del Programa de Medida Educativa Alternativa a la Sanción Administrativa es hacer una detección y intervención precoz de los jóvenes que se han iniciado en el consumo de drogas para evitar que se establezca un consumo problemático.

Material y Métodos:

La metodología está basada en un trabajo interdisciplinar entre técnicos de salud del Ayuntamiento de Manresa, las Fuerzas de Orden Público y profesionales de la División de Salud Mental de la Fundació Althaia.

Los jóvenes menores de 18 años que han sido sancionados por consumo y/o tenencia de drogas ilegales se pueden acoger voluntariamente a nuestra medida educativa que les evitará pagar la sanción.

Des de la División de Salud Mental, se llevará a término la medida educativa, que se basa en la valoración del nivel de riesgo del consumo, y intervención psicológica y educativa específica en función de éste.

Resultados:

El programa ha entrado en vigor a partir de mayo de 2012 y hasta fin de año se han adherido al Programa 19 jóvenes.



Conclusiones:

Durante el año 2012, de mayo a diciembre, se efectuaron en nuestra ciudad 33 denuncias a menores y de éstas se adhirieron al programa 19 jóvenes.

De los 19 jóvenes que se han acogido al programa, 4 han participado en el taller educativo y 13 jóvenes se han acogido a la intervención psicológica con éxito.

2 jóvenes de los que han empezado la intervención han abandonado el programa.

PROGRAMA DE INTERVENCION ASISTIDA CON ANIMALES: RECURSO TERAPÉUTICO EN HOSPITAL DE DÍA.

M Tejedor García (1), L Mella García (2), FJ Lozano Olea (3), D Martínez Cruz (4), N Erra i Mas (5), R Belana Vallcaneras (6), N Puy Borbolla (7), O Comajuan Brutau (8), M Rodríguez Pascual (9)

(1) Educadora Social, Hospital de Día de Adolescentes de Granollers, Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.

(2) Enfermera, Hospital de Día de Adolescentes de Granollers, Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.

(3) Coordinador de enfermería, servicio de salud mental, Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.

(4) Coordinador centro de salud mental infantil y juvenil/ Hospital de Día de Adolescentes de Granollers, Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.

(5) Psicóloga clínica, Hospital de Día de Adolescentes de Granollers, Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.

(6) Psicopedagoga, Hospital de Día de Adolescentes de Granollers, Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.

(7) Trabajadora Social, Hospital de Día de Adolescentes de Granollers, Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.

(8) Monitor, Hospital de Día de Adolescentes de Granollers, Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.

(9) Psiquiatra, Hospital de Día de Adolescentes de Granollers, Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.

Resumen

Introducción/antecedentes:

Las Intervenciones Asistidas con Animales (IAA) son actividades terapéuticas que incluyen a un animal como parte fundamental en el trabajo de determinadas habilidades en adolescentes con trastorno mental.

Hipótesis y Objetivos:

El objetivo general es analizar la efectividad de las IAA como herramienta de ayuda al profesional para conseguir objetivos terapéuticos dirigidos a:

- Potenciar el bienestar individual y social a través de habilidades sociales.
- Mejorar la atención, concentración y relajación.
- Trabajar autoestima y empatía mediante la expresión de las emociones.

Material y Métodos:

Diseño: Estudio observacional descriptivo longitudinal.

Ámbito: Hospital de Día de Adolescentes (HDA) de Granollers.

Participantes: Adolescentes (12 – 17 años) ingresados en HDA.

Duración: 3 meses, distribuidos en 12 sesiones de una hora semanal.

Instrumentos de medida:

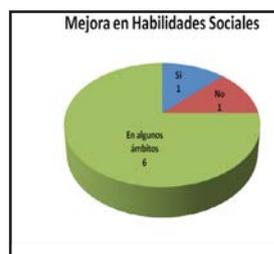
- Valoración grupal después de cada sesión.
- Valoración terapéutica individualizada.
- Cuestionario final del programa realizado por los participantes.

Profesionales: 3 técnicos en IAA, 5 perros, 3 profesionales del HDA.

Materiales: Premios, correas, material de agility.

Dinámica de las sesiones:

1. Los adolescentes disponen de un tiempo para interactuar con el animal.
2. Trabajan en pareja la educación básica canina mediante circuitos de agility.
3. Se les ofrece un tiempo para satisfacer las necesidades básicas del perro.





Resultados y Conclusiones:

- 11 pacientes inician el programa, finalizan 8. Asisten regularmente.
- Se observa mejoría en diversos ámbitos, esto facilita procesos de cambio en el funcionamiento global del paciente.
- Se valora su continuidad para que un mayor grupo de pacientes sea beneficiario.

COMPARATIVA CLÍNICA Y SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN EL HOSPITAL DE DÍA INFANTIL Y JUVENIL DE LA XARXA ASISTENCIAL ALTHAIA DE MANRESA ENTRE LOS AÑOS 2002-2003 Y 2011-2012.

A Lara, L Majó, M Fernández, O Borrell, A Autet, I Delgado, S Delgado, J Fernández, H González, D Pérez, L Villar

Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil de Manresa. División Salud Mental de la Fundació Althaia.

Resumen

Introducción/antecedentes: La historia de la hospitalización parcial infantil y juvenil en psiquiatría es breve. Durante los aproximadamente 70 años transcurridos desde su inicio, ha sido un recurso utilizado de manera muy heterogénea, tanto en su planteamiento como recurso, como en las patologías tratadas. En la última década nos hemos encontrado con la necesidad de introducir cambios en el recurso debido a la afluencia de más pacientes, la presencia de trastornos diferentes, nuevas propuestas de tratamiento y a la inclusión de población de más corta edad.

Hipótesis y Objetivos:

El primer objetivo es conocer las principales características sociodemográficas y clínicas de los pacientes para establecer un mayor conocimiento de este dispositivo asistencial.

El segundo objetivo es valorar los cambios que se han producido en la población atendida a durante una década.

Material y Métodos: La metodología está basada en la comparación longitudinal de la población atendida en el recurso de Hospital de Día Infantil y Juvenil en Salud

Mental de la Xarxa Assistencial Althaia de Manresa entre los años 2002-2003 y 2011-2012. La muestra del grupo 1 (G1) está formada por los 40 pacientes que entre los años 2002-2003 estuvieron ingresados en el Hospital de Día. Y la muestra del grupo 2 (G2) está formada por los 80 pacientes que entre los años 2011-2012 estuvieron ingresados en dicho recurso. Se avalúan datos sociodemográficos y clínicos.

Resultados: Los resultados obtenidos nos muestran un aumento de los pacientes atendidos de un 100%. También nos informan que la edad media del G1 se sitúa en 15.08 años, mientras que en el G2 es de 13.3 años. La distribución por sexos ha sido superior para las niñas (G1:61.53%, G2:55%). El tiempo de estancia media para el conjunto de la muestra ha sido de 69 días para el G1 y de 50.5 días para el G2. Los motivos de ingreso más frecuentes en el G1 fueron los Trastornos de la Conducta Alimentaria (38.23%), los Trastornos del Estado de Ánimo (29.41%) y los Trastornos por Conductas Perturbadoras (14.70%). En el G2, los motivos de ingreso más frecuentes han sido los Trastornos por Conductas Perturbadoras (37.5%), los Trastornos de la Conducta Alimentaria (26.25%) y los Trastornos Adaptativos (21.25%). El 71.79% (G1) y el 72.5% (G2) de los pacientes ingresaron procedentes del Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ). En el momento del alta, un 84.61% (G1) y un 87.5% (G2) fueron derivados al CSMIJ.

Conclusiones

El tiempo de estancia media se ha reducido, hecho que permite optimizar las posibilidades del recurso; derivándose del mismo la posibilidad de atender a un mayor número de pacientes.

Los motivos de consulta han cambiado, siendo mucho más necesaria la contención de problemas perturbadores de la conducta.

Siguen siendo las chicas la población más atendida, pero la diferencia entre sexos ha disminuido.

Referencias esenciales:

1. Granello D. H. & Granello P. F. (2000). Lee Measuring treatment outcome in a child and adolescent partial hospitalization program. *Adm Policy Mental Health*, 27, (6), 409-422.
2. Kiser L. J. et al. (1995). The current practice of child and adolescent partial hospitalization: results



of a national survey. *L Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34, (10), 1336-1342.

3. Kiser L. J. et al. (1996). Results of treatment one year later: child and adolescent partial hospitalization. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35, (1), 81-90.
4. McDonald, W. et al. (2000). Child and adolescent mental health and primary health care: current status and future directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 13, 369-373.
5. Weir, R. P. & Bidwell, S. R. (2000). Therapeutic day programs in the treatment of adolescents with mental illness. *Aust N Z Psychiatry*, 34, (2), 264-270.

DIFERENCIAS FENOTÍPICAS DE GÉNERO EN LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA DE ALTO FUNCIONAMIENTO

Fernández, J., Delgado, S., Delgado, I., Majó, L., Lara, A., Autet, A., Fernández, M., González, H., Pérez, D., Villar, L.

Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil de Manresa. División Salud Mental de la Fundación Althaia.

Resumen

Introducción/antecedentes: Las diferencias entre géneros en el autismo de alto funcionamiento han sido poco estudiadas. Los estudios existentes, por lo general no han encontrado diferencias entre ambos géneros. En la práctica clínica, sin embargo, sí parecen existir diferencias fenotípicas cualitativas en la sintomatología nuclear del autismo entre géneros en niños con autismo de alto funcionamiento.

Hipótesis y Objetivos: La hipótesis principal será demostrar si existen diferencias en cuanto a la sintomatología diana del espectro autista a los 4-5 años de edad.

Con esto podríamos demostrar que es mayor la prevalencia de autismo en niños que en niñas porque éstas, presentan una menor sintomatología autista a esa edad o de menor gravedad que los niños, lo que hace que muchas de ellas no se diagnostiquen.

Material y Métodos: Para realizar este estudio, se administró la entrevista diagnóstica ADI-R a los progenitores de cada uno de los sujetos de nuestra muestra;

formada por 28 pacientes diagnosticados de Autismo de Alto Funcionamiento; 14 del sexo femenino y 14 varones, menores de 25 años; basando nuestros resultados en las respuestas obtenidas por los padres respecto a la sintomatología que presentaban sus hijos y los hitos del desarrollo alcanzados a la edad de 4-5 años. La capacidad intelectual de cada uno de los sujetos fue evaluada mediante la Escala de Inteligencia de Wechsler para niños-IV (WISC-IV).

Resultados: De acuerdo con la comparación llevada a cabo mediante el algoritmo diagnóstico del ADI-R, existen diferencias significativas entre sexos. Las niñas presentan más dificultades en “el juego en grupo con sus compañeros” ($p = 0,050$), y menos “intereses circunscritos” ($p = 0,048$) y también un menor “uso repetitivo de objetos o de interés en partes de objetos” ($p = 0,027$). Las niñas también mostraron un inicio más tardío en la “edad de las primeras frases” ($p = 0,018$), y también una mayor tendencia a presentar problemas más graves de comunicación ($p = 0,057$) y en la conversación recíproca ($p = 0,085$).

Conclusiones: Las diferencias encontradas en nuestro estudio son pocas, debemos aumentar nuestra muestra para ver si estas diferencias persisten. También debemos desarrollar nuevos instrumentos que sean más sensibles para detectar la sintomatología autista en las niñas.

Referencias esenciales:

1. Lord C, Rutter M, Le Couteur A. Autism diagnostic interview-revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord*. 1994;24, 659-685.
2. Pilowski T, Yirmiya N, Shulman C, Dover R. The Autism Diagnostic Interview-Revised and the Childhood Autism Rating Scale: Differences Between Diagnostic Systems and Comparison Between Genders. *J Autism Dev Disord*. 1998 Apr;28(2):143-51.
3. Carter A, Black D, Tewani S, Connolly C, Kadlec MB, Tager-Flusberg H. Sex differences in toddlers with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. 2007 Jan;37(1):86-97.
4. McLennan JD, Lord C, Schopler E. Sex differences in higher functioning people with autism. *J*



- Autism Dev Disord. 1993 Jun;23(2):217-27.
5. Lord C, Schopler E, Revicki D. Sex differences in autism. *J Autism Dev Disord.* 1982 Dec;12(4):317-30.
 6. Rivet TT, Matson JL. Review of gender differences in core symptomatology in autism spectrum disorders. *Res Autism Spectr Disord.* 2011 Jul-Sep; 5:957-76.
 7. Sipes M, Matson JL, Worley JA, Kozlowski AM. Gender differences in symptoms of Autism Spectrum Disorders in toddlers. *Res Autism Spectr Disord.* 2011 Oct-Dec; 5:1465-70.
 8. Rutter, M, Le Couteur A, Lord A. *Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R).* Los Angeles, CA: Western Psychological Services; 2003.
 9. Szatmari P, Xiao-Qing L, Goldberg J, Zwaigenbaum L, Paterson AD, Woodbury-Smith M et al. Sex Differences in Repetitive Stereotyped Behaviors in Autism: Implications for Genetic Liability. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2012 Jan;159B(1):5-12. doi: 10.1002/ajmg.b.31238.

ESTUDIO NATURALÍSTICO SOBRE EL USO DE AGOMELATINA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.

G Pírez Mora (1), R Ortega Fernández (1), PM Ruiz Lázaro (2), JM Velilla Picazo (2), MA Zapata Usábel (2), A Maite (2)

(1) Residente de Psiquiatría, HCU Lozano Blesa, Zaragoza.

(2) Adjunto de Psiquiatría Infanto-Juvenil. HCU Lozano Blesa, Zaragoza.

Resumen

Introducción: la agomelatina es un nuevo principio activo antidepressivo con una novedosa vía de acción que hasta el momento no ha sido estudiado suficientemente en menores de 18 años.

Objetivos: valorar la eficacia y tolerabilidad de la agomelatina en niños y adolescentes.

Métodos: estudio naturalístico prospectivo del uso de agomelatina en pacientes menores de edad atendidos en la Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza tras su salida al mer-

cado español.

Se emplea la escala de impresión Clínica Global CGI, IMC y efectos adversos en pacientes de los últimos años.

Resultados: En referencia a la eficacia del fármaco, se estudian dichos resultados en setenta pacientes niños y adolescentes con diferentes trastornos, en especial con trastorno afectivo depresión. Los resultados obtenidos en cuanto a eficacia y tolerabilidad del principio activo han sido buenos. En cuanto a los efectos adversos no hay apenas somnolencia ni se encuentra patología hepática. Muy pocos pacientes abandonan el tratamiento por los efectos secundarios.

Conclusiones: no existen datos publicados sobre la utilización de agomelatina en edades infanto-juveniles, por lo que estos primeros resultados resultan relevantes para contemplar el uso de agomelatina como una alternativa terapéutica más a tener en cuenta en niños y adolescentes.

Referencias bibliográficas:

1. Zajecka J, Schatzberg A, Stahl S, et al. Efficacy and safety of agomelatine in the treatment of major depressive disorder: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychopharmacol.* 2010;30:135-144.
2. San L, Arranz B. Agomelatine: a novel mechanism of antidepressant action involving the melatonergic and the serotonergic system. *Eur Psychiatry.* 2008;23:396-402.
3. Ruiz-Lázaro P.M.; GómezC.; Sanz P.; Velilla J.M.; Lobo A. Depresión mayor recurrente en la infancia y adolescencia en tratamiento con Sertralina y Agomelatina. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil.* Vol 28. Número 3. 2011.
4. Sansone RA, Sansone LA. Agomelatine: a novel antidepressant. *Innov Clin Neurosci.* 2011 Nov;8(11):10-4.
5. Fornaro M, Prestia D, Colicchio S, Perugi G. A systematic, updated review on the antidepressant agomelatine focusing on its melatonergic modulation. *Curr Neuropharmacol.* 2010 Sep;8(3):287-304.



USO DE PALMITATO DE PALIPERIDONA EN PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL.

S Andrés Espallardo (1), D Lopez Marco (1), F Cardelle Perez (1), MC Laiz Reverte (2)

(1) Psiquiatra, Unidad-Infanto Juvenil, CSM Cartagena

(2) Psicóloga, Unidad Infanto-Juvenil, CSM Cartagena

Resumen

Introducción/antecedentes: Adolescente de 15 años que acude a nuestro CSM desde el año 2002, derivado por su Pediatra por alteración de conducta en el contexto de un Retraso Mental Moderado.

Hipótesis y Objetivos: En la entrevista psicopatológica se aprecia elevada inquietud psicomotriz y alta impulsividad. No respeta figuras de autoridad ni obedece normas. Escasa tolerancia a frustración. Parco en palabras. Heteroagresividad física y verbal en medio familiar y escolar. Golpea el mobiliario, insulta. Comportamiento perturbador, dificulta el funcionamiento normal de su clase. Robos ocasionales. Excesiva ansiedad por comer. No clínica psicótica ni afectiva mayor. No insomnio. No ideas autolisis.

Ha seguido tratamiento con Risperidona oral hasta 4 mg y con Oxcarbacepina hasta 1200mg, con remisión parcial de los síntomas y escasa adherencia al tratamiento. Se propone tratamiento intramuscular con Palmitato de Paliperidona mensual.

Material y Métodos: Se realizan pruebas complementarias: EEG sugestivo de encefalopatía difusa, TAC craneal sin hallazgos significativos, Analítica general: dentro de la normalidad. WISC-IV: CI Total 41. Dada la edad del paciente, de 15 años y un peso que puede ser equiparable a un adulto (85 Kg), se decide introducir dicho fármaco. Oxcarbacepina se mantuvo en la misma dosis.

Resultados: Tras introducción de Palmitato de Paliperidona y ajuste hasta 100 mg, se aprecia una menor impulsividad, inquietud, y ansiedad por comer. Refieren comportamiento más adecuado.

Conclusiones: El uso de Palmitato de Paliperidona en adolescentes con trastornos de conducta es una alternativa al tratamiento con antipsicótico oral, que mejora la adherencia a la medicación y permite un eficaz control

de síntomas.

Referencias esenciales:

1. Kowalski JL, Wink LK, Blankenship K, Habenicht CD, Erickson CA, Stigler KA, McDougle CJ. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2011 Oct;21(5):491-3. doi: 10.1089/cap.2011.0035.

APRENDO A COMPRENDER LOS DEMÁS

C Camacho Sánchez (1), MJ Gavira Cejudo (2), CP Martínez Pierres (3), T Guerra Alegre (4), I Pérez Ortiz (5)

(1) FEA Psicología Clínica, Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Algeciras (Unidad de Gestión Clínica Campo de Gibraltar- Algeciras)

(2) Terapeuta Ocupacional, Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Algeciras (Unidad de Gestión Clínica Campo de Gibraltar- Algeciras)

(3) MIR de Psiquiatría.

(4) FEA Psiquiatría, Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Algeciras (Unidad de Gestión Clínica Campo de Gibraltar- Algeciras)

(5) FEA Psicología Clínica, Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Algeciras (Unidad de Gestión Clínica Campo de Gibraltar- Algeciras)

Resumen

Introducción/antecedentes:

El Programa que presentamos va dirigido a los niños diagnosticados como Trastornos del Espectro autista (TEA) con edades comprendidas entre los 13-17 años, en la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil-Hospital de Día de Algeciras (USMIJ-HD) del Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar. El motivo de este programa está avalado con la evidencia de que en la práctica clínica hemos observado que estos niños presentan un déficit importante en el área social; concretamente en la capacidad de relación personal y de la implicación interpersonal; así como en la capacidad de comprender a las otras personas como seres con mentes. Todo lo anteriormente mencionado nos habría impulsado a llevar a cabo un taller más específico de Habilidades Socioemocionales con el fin de mejorar la calidad de vida de estos niños en su relación con las demás personas y consigo mismo.

Hipótesis y Objetivos:

- Fomentar la comprensión de las convenciones so-



ciales básicas.

- Utilizar la expresión corporal de forma acorde con el significado de lo que se quiere expresar.
- Preparar al niño para enfrentarse a una situación social novedosa.
- Desarrollar la capacidad de generalizar las conductas adquiridas a los distintos contextos de la vida diaria.

De todos los objetivos específicos que nos marcamos al principio del grupo nos vamos a centrar en los siguientes para la realización del póster:

- Ejercitar Técnicas de Comunicación relacionadas con la conducta verbal y no verbal: Mantener el contacto ocular.
- Identificar estados emocionales (alegría, tristeza, miedo, sorpresa, enfado, etc.): Aprender a manejar la frustración.
- Potenciar y adquirir habilidades de autonomía personal: vestido, baño, alimentación, higiene buccal, etc.

Material y Métodos:

El formato del taller sería grupal con un enfoque terapéutico y lúdico a la vez, con una periodicidad semanal y una duración de tres meses con un total de doce sesiones. Cada sesión tiene una duración de 90 minutos. Con objeto de que el programa sea más operativo, contaremos con los padres de los niños para que potencien y generalicen a otros contextos los logros realizados por los niños en las sesiones.

La obtención de los objetivos de este programa se realizará mediante la utilización de las siguientes técnicas grupales:

- Juegos de desinhibición
- Conocimiento
- Fomentar la participación
- Planificación
- Role-playing
- Ensayo-conducta
- Modelado

En primer lugar realizaremos una evaluación inicial para determinar el nivel actual de habilidades y las deficiencias específicas que presentan los participantes con la entrega de unos cuestionarios de evaluación elaborados por el equipo.

Resultados/Conclusiones:

Tras la realización del grupo de Habilidades Socio-emocionales se han cumplido los objetivos propuestos, uno de los más importantes la mejora de las relaciones sociales, consiguiendo unos resultados favorables como se puede comprobar en los cuestionarios pasados a los niños.

Destacar la importante colaboración familiar para conseguir los objetivos planteados, en tanto el compromiso con los materiales y tareas que debían de realizar en la casa. Consideramos necesario la devolución de información tras la finalización de cada sesión al grupo de padres para una mayor generalización a su contexto diario, además de garantizar el éxito del programa.

Referencias esenciales:

1. Attwood, T. (2009). *Guía del Síndrome de Asperger*. Barcelona. Paídos.
2. Baron-Cohen, S., Leslie, A. y Frith, U. (1985). Does the autistic child have a theory of mind? *Cognition*, 21, 37-46.
3. Baron-Cohen, S. (1991). Do people with autism understand what causes emotion. *Child Development*, 62, 385-395.
4. Baron-Cohen, S., Hadwin, J., Howlin, P. y Hill, K. (1997). ¿Podemos enseñar a comprender emociones, creencias o ficciones a los niños autistas?. En A. Riviere y J. Martos (Comp.). *El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas*. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
5. Díaz, M. J. (1986). El papel de la interacción entre iguales en la adaptación escolar y el desarrollo social. Madrid: Centro de Investigación y Documentación Educativa (CIDE).
6. Frith, U. (1989). *Autismo*. Madrid. Alianza Editorial.
7. Hobson, R. P. (1993). *El autismo y el desarrollo de la mente*. Madrid. Alianza.
8. Howlin, P., Baron-Cohen, S. y Hadwin, J. (2006). Enseñar a los niños autistas a comprender a los demás. Barcelona. CEAC.
9. Monjas, I. (1993). Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) Para niños y niñas en edad escolar. Madrid. CEPE.
10. Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*: cif. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de



- Migraciones y Servicios Sociales.
11. Riviere, Á., y Núñez, M. (1996). La mirada mental. Desarrollo de las capacidades cognitivas interpersonales. Buenos Aires. Aique.
 12. Riviere, Á. (1997a). Tratamiento del autismo como trastorno del desarrollo: principios generales. En Á. Riviere y J. Martos (comp.) El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas. Madrid. IMSERSO.
 13. Riviere, Á. (1997b). El tratamiento y definición del espectro autista I: Relaciones sociales y comunicación. En Á. Riviere y J. Martos (comp.) El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas. Madrid. IMSERSO.
 14. Riviere, Á. (1997c). Tratamiento y definición del espectro autista II: Anticipación, flexibilidad y capacidades simbólicas. En Á. Riviere y J. Martos (comp.) El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas. Madrid. IMSERSO.
 15. Trianes, M. V., Rivas, T., y Muñoz, A. (1990). Una intervención psicoeducativa sobre las habilidades de solución de problemas interpersonales en preescolar. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17 (56), 895-916.
 16. Ventoso, M. R. y Osorio, I. (1997). El empleo de materiales analógicos como organizadores del sentido en personas autistas. En Á. Riviere y J. Martos (comp.) El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas. Madrid. IMSERSO.

DIFERENCIAS EN LA RESPUESTA A FLUOXETINA ENTRE ADOLESCENTES DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR VERSUS ADOLESCENTES DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR Y ANOREXIA NERVIOSA

A Blázquez (1), MT Plana (1), I Méndez (1), JA Arnaiz (2), S Mas (3), A Lafuente (4), L Lázaro (5)
 (1) *Especialista en Psiquiatría, Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Institut de Neurociències. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.*
 (2) *Farmacólogo. Departamento de Anatomía patológica, farmacología y microbiología de la Universidad de Barcelona.*

(3) *Doctor en Farmacología y Biología. Departamento de Anatomía patológica, farmacología y microbiología de la Universidad de Barcelona. IDIBAPS (Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer), Barcelona. CIBERSAM.*

(4) *Doctora en Medicina y Cirugía, Profesora Titular de Farmacología. Departamento de Anatomía patológica, farmacología y microbiología de la Universidad de Barcelona. IDIBAPS (Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer), Barcelona. CIBERSAM.*

(5) *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.*

Resumen

Introducción/antecedentes: La Fluoxetina (FLX) es el único inhibidor de la recaptación de serotonina aprobado por la Agencia Europea del Medicamento, como tratamiento del trastorno depresivo mayor (TDM) en niños a partir de 8 años (1). A pesar de su eficacia, un 30-40% de los pacientes no responden al tratamiento (2).

Hipótesis y Objetivos: Analizar si el diagnóstico comórbido de Anorexia Nerviosa se relaciona con diferencias en los niveles plasmáticos de FLX y en la respuesta al tratamiento.

Material y Métodos: el estudio se llevó a cabo en el Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil i Juvenil del Hospital Clínic y Provincial de Barcelona, entre junio de 2011 y diciembre de 2012. Se incluyeron 26 pacientes, que cumplían criterios de TDM según el DSM-IV y que habían iniciado tratamiento con FLX. A las 8 semanas se realizó una analítica para medir los niveles plasmáticos de FLX y de NORFLX (norfluoxetina); la respuesta al tratamiento se midió con la escalas CGI-I y CDI.

Resultados: 26 féminas (57,7% TDM; 42,2% TDM+AN). Media de edad (M)= 15,04 años (DS=1,843). A las 8 semanas: no diferencias en la M de dosis de FLX, si en las M de niveles plasmáticos de FLX (TDM: M=76,53ng/ml, DS=93,61; TDM+AN: M= 138,01ng/ml, DS= 93,36; U de Mann-Whitney $z=-2,260$ $p= 0,02$) y FLX+NORFLX (TDM: M=155,27ng/ml, DS=148,23;



TDM+AN: M= 269,36ng/ml, DS= 156,55; z=-2,050 p= 0,04). No se hallaron diferencias en cuanto a la respuesta al tratamiento entre los 2 grupos.

Conclusiones: la respuesta a FLX en TDM no parece asociada a la comorbilidad con AN, aunque si se hallan diferencias en los niveles plasmáticos de FLX y FLX+NORFLX que podrían ser debidas a diferencias hormonales.

Referencias esenciales:

1. Kronenberg S, et al. Pharmacogenetics of selective serotonin reuptake inhibitors in paediatric depression and anxiety. *Pharmacogenomics*. 2008
2. Findling RL, et al. The relevance of pharmacokinetic studies in designing efficacy trials in juvenile major depression. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2006.

PREVALENCIA DE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS EN NIÑOS DE 2º-4º CURSO DE PRIMARIA: RELACIÓN CON SATISFACCIÓN CORPORAL Y SOBREPESO/OBESIDAD

A Blanco Gómez (1), N Ferré (2), V Luque (2), J Escribano (2), R Closa (2), J Canals Sans (1)

(1) CRAMC (Centre de Recerca en Avaluació i Mesura de la Conducta). Departament de Psicologia Universitat Rovira i Virgili

(2) Unitat de Pediatria, Nutrició i desenvolupament Humà. Institut de Investigació Sanitària Pere Virgili (IISPV). Universitat Rovira i Virgili

Resumen

Introducción/antecedentes:

Los problemas psicológicos, afectan aproximadamente entre el 5 y el 22% (Flora de la Barra, 2009) de los niños, y la obesidad afecta cerca del 26,3% de la población española, siendo ambos importantes problemas de salud pública.

Diferentes estudios, en muestras clínicas y no clínicas, indican que los niños que tienen sobrepeso u obesidad pueden tener mayores tasas de problemas psicológicos (Ermis et al., 2004; Gibson et al., 2008; Sawyer et al 2006; Vila et al., 2004). Otros estudios no permiten determinar dicha relación (Duarte et al, 2010; Drukker et

al., 2009).

Objetivos:

El objetivo es presentar la prevalencia de problemas psicológicos en escolares de 2-4º curso de primaria y su relación con la satisfacción corporal y el sobrepeso/obesidad.

También se calculó la prevalencia clínica de estos problemas en dicha población, así como la prevalencia de insatisfacción con la imagen corporal.

Material y Métodos:

Participaron 250 niños y 265 niñas de las escuelas públicas y privadas de Reus (Tarragona) cuyos padres firmaron el consentimiento informado.

Los padres completaron la versión española del cuestionario "Child Behavior Checklist" (CBCL; Achenbach et al, 2001). Los niños valoraron su satisfacción corporal a través de la "Figure Rating Scale" (Eckstein et al., 2006) y fueron pesados y medidos. Se estimaron los puntos de corte específicos del sobrepeso y de la obesidad en niños, por edad y sexo (Cole et al., 2000).

Resultados:

La prevalencia de problemas psicológicos total, en rango clínico, es del 8,8%, obteniendo en niños una prevalencia del 11,6% y del 5,6% en niñas.

Los niños con sobrepeso y obesos son los que están significativamente más insatisfechos con su imagen corporal.

Los niños con peso normal y sobrepeso presentan significativamente más insatisfacción con su imagen corporal que las niñas de peso normal y las niñas con sobrepeso, respectivamente. En el grupo de obesos la insatisfacción con la imagen corporal fue del 100% para los varones y 90% para las niñas.

Los niños con sobrepeso y obesos mostraron mayores puntuaciones en síntomas somáticos que los niños con peso normal ($q = 0,634$, $p = 0,037$, $q = 1,222$, $p = 0,027$).

Se encontró que los niños obesos mostraban una mayor prevalencia clínica dentro de las escalas de ansiedad/depresión, retraimiento/depresión, quejas somáticas, problemas de pensamiento, y comportamiento agresivo.

Conclusiones:

La prevalencia de psicopatología en nuestro estudio, es del 8,8%, dentro del rango de prevalencia encontrada en



el estudio de Flora de la Barra (2009).

Nuestros datos permiten concluir que a edades precoces existe una relación entre problemas psicológicos, específicamente de tipo emocional, y la obesidad, además los niños con obesidad presentan una alta prevalencia clínica en las diferentes escalas.

Referencias esenciales:

1. Drukker, M., Wojciechowski, F., Feron, F.J., Mengelers, R., Van Os, J. (2009). A community study of psychosocial functioning and weight in young children and adolescents. *Int J Pediatr Obes*, 4 (2), 91-7.
2. Duarte, C.S., Sourander, A., Nikolakaros, G., Pihlajamaki, H., Helenius, H., Piha, J., Kumpulainen, K., Moilanen, I., Tamminen, T., Almqvist, F., Must, A. (2010). Child mental health problems and obesity in early adulthood. *J Pediatr*, 156 (1), 93-7.
3. Eremis, S., Cetin, N., Tamar, M., Bukusoglu, N., Akdeniz, F., Goksen, D. (2004). Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents?. *Pediatr Int*, 46 (3), 296-301.
4. Flora de la Barra, M. (2009). Epidemiology of psychiatric disorders in children and adolescents: Prevalence studies. *Rev chil neuro-psiquiat*, 47 (4), 303-314.
5. Gibson, L.Y., Byrne, S.M., Blair, E., Davis, E.A., Jacoby, P., Zubrick, S.R. (2008) Clustering of psychosocial symptoms in overweight children. *Aust N Z J Psychiatry*, 42 (2), 118-25.
6. Sawyer, M.G., Miller-Lewis, L., Guy, S., Wake, M., Canterford, L., Carlin, J.B. (2006). Is there a relationship between overweight and obesity and mental health problems in 4- to 5-year-old Australian children?. *Ambul Pediatr*, 6 (6), 306-11.
7. Vila, G., Zipper, E., Dabbas, M., Bertrand, C., Robert, J.J., Ricour, C., Mouren-Siméoni, M.C. (2004). Mental disorders in obese children and adolescents. *Psychosom Med*, 66 (3), 387-94.

PROGRAMA DE HÁBITOS SALUDABLES EN LA INFANCIA (SALUD MENTAL - ATENCIÓN PRIMARIA)

MC Lozano Latorre, A Villegas Oliva, MA Merlos Sánchez, JC Ibáñez Salmerón, N Lahoz Grañena.

Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de Almería. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

Justificación

Como queda reflejado en el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA 2008-2012), La línea estratégica 8, Atención a la salud mental en la infancia y adolescencia, marca como uno de sus objetivos” incorporar la perspectiva de promoción y prevención en salud mental a las iniciativas dirigidas a la infancia y adolescencia” y propone como actividades:” se realizaran actividades formativas y divulgativas dirigidas a madres, padres y educadores, orientadas a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad mental”

En el Plan de Atención a la Salud Mental de la Infancia y Adolescencia de Andalucía (PASMIA 2010) se apunta que debe ocupar un lugar prioritario la adopción de estrategias específicas de la promoción de la salud y del bienestar basado en un modelo de desarrollo positivo, prevención de la enfermedad y detección precoz del trastorno mental en la Infancia y Adolescencia.

Objetivos

- Valorar los conocimientos adquiridos por los padres en el taller de “entrenamiento en hábitos saludables” en las principales áreas del desarrollo: estilos educativos; alimentación; sueño; control de esfínteres; comunicación y lenguaje; autonomía y socialización.
- Valorar la utilidad del taller a través de cuestionarios elaborados para tal fin
- Fomentar hábitos de vida saludable y prevenir la enfermedad.

Método

- Han participado 6 madres. Derivadas desde pediatría y que acceden voluntariamente a participar en el taller. Sesiones semanales y quincenales de 90 minutos de duración con el descanso del periodo vacacional de navidad.
- El taller se ha llevado a cabo por un psicólogo clínico y una enfermera de la USMC-AL
- Al inicio del taller se les entrega a los padres unos cuestionarios para evaluar los conocimientos en las principales áreas del desarrollo.
- Para cada área del desarrollo hay varios ítems. Los padres tienen que contestar marcando con una



cruz los ítems que se adecue al momento evolutivo en el que está su hijo.

- Cada ítems tiene varias respuestas que van de 1 a 5 puntos según una escala tipo Likert
- Al finalizar el taller se les vuelve a pasar el mismo cuestionario y se vuelve a evaluar los conocimientos adquiridos en el taller. Evaluación post.

Resultados

El grupo se ha realizado desde diciembre 2011 a febrero del 2012 en el centro de salud de San Leonardo (Almería). Los resultados se muestran a continuación. Valoración global pre y post por ítems.

Conclusiones

La implantación de estos grupos psico-educativos en atención primaria es facilitar a los padres pautas en hábitos saludables y que favorecen el desarrollo evolutivo de sus hijos. Esto ha supuesto un cambio cualitativo en la adquisición de conocimientos para la adopción de estrategias específicas en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En las áreas dadas, las diferencias más significativas son: normas y límites, alimentación, sueño y lenguaje.

El 83% de los padres destaca que el taller ha sido muy útil

Bibliografía

1. S. Bluma, M. Shearer, A. Frohman y J. Hilliard. Guía Portage de educación preescolar.
2. Eduard Estivill y Montse Domenech. Normas para enseñar a comer a los niños.
3. Isabel Orjales Villar. Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores.
4. Servicio andaluz de salud. Guía para la salud infantil en atención primaria.
5. Modificación de conocimientos en familiares de niños y niñas con trastornos por déficit de atención. Duany Veranes, Daury Elena; Álvarez Cuñat, Vilma; Pérez Reyna, Edirio Medisan; 15(4) abr. 2011. .
6. Conocimientos y actitudes de los padres acerca del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en un colegio de Independencia, Lima, Perú. López-Rodas, José; Alvarado-Broncano, Bruno; Huerta-Lovaton, Beltran Rev Neuropsiquiatría; 73(2): 45-51, abr.-jun. 2010.

ANÁLISIS DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN INFANTO-JUVENIL EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ORGIVA

N Corchos González (1), JI Suárez Soto (2), AL Gómez Ceballos (2), A Prados Utrabo (3)

(1) Médico Interno Residente de 3º Año, Unidad Salud Mental Infanto- Juvenil de Granada, nachojiss@yahoo.es

(2) Psicólogo especialista en psicología clínica, Facultativo especialista de área, USMC Orgiva.

(3) Enfermera especialista en Salud Mental, centro de trabajo Unidad de Salud Mental Comunitaria de Orgiva

Resumen

En este trabajo se presenta la recogida de datos clínicos y administrativos con el objetivo de realizar un análisis de la demanda de atención infanto-juvenil en la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Orgiva. Se analiza el porcentaje de menores de 18 años derivados a este centro durante el periodo que va desde el 1 de enero de 2012 hasta el 31 de diciembre de 2012. Del mismo modo, se analiza el tipo de motivo y demanda de tratamiento, el diagnóstico definitivo, el tratamiento recibido, la tasa de abandonos, el porcentaje de altas y las derivaciones a la Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil, así como el número de consultas requeridas para dicha derivación.

Se trata de valorar el perfil de derivación de pacientes infanto juvenil en función de la población de referencia. Se analiza la incidencia de trastornos mentales en estas etapas a lo largo de un año en una población concreta como es la infanto-juvenil.

EMPLEO DE PALIPERIDONA INTRAMUSCULAR EN ADOLESCENTES: EXPERIENCIA CLÍNICA EN UN PROGRAMA DE TRASTORNO MENTAL GRAVE

M Real López (1), C Ramos Vidal (2), M Salcedo Fernández (3), RT Álvarez Núñez (3)

(1) Psiquiatra. Coordinador del Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.

(2) Psiquiatra del Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia del Consorcio Hospi-



talario Provincial de Castellón.

(3) *Enfermera especialista en Salud Mental del Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.*

Resumen

Introducción/antecedentes:

Los antipsicóticos de segunda generación (ASG) no conforman un grupo homogéneo de fármacos, sino que bajo esta denominación se encuentran medicamentos de diferentes perfiles.

Los estudios que han comparado la eficacia clínica de distintos ASG en el tratamiento de niños y adolescentes con trastornos psicóticos no han encontrado diferencias significativas en las medidas de eficacia, con la excepción de la superioridad de la clozapina en pacientes con esquizofrenia refractaria a tratamiento.

Los estudios de tolerabilidad en esta población han demostrado que aunque los ASG tienen menos efectos secundarios neurológicos motores que los típicos, su consumo se asocia con un aumento del riesgo de aparición de complicaciones metabólicas (obesidad, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia) y, en general, de alteraciones del espectro de la morbilidad cardiovascular.

La incidencia y la intensidad de los efectos adversos de los ASG dependen, en gran medida, del fármaco empleado, sin que se pueda establecer un patrón global de tolerabilidad de los ASG en niños y adolescentes.

Todo ello pone sobre la mesa la importancia del perfil diferencial de los antipsicóticos en función de los efectos secundarios, especialmente de las complicaciones metabólicas.

Paliperidona-ER está autorizada por la FDA para el uso en esquizofrenia entre los 12-17 años. En nuestra experiencia es bien tolerada, presenta menos efectos secundarios que la risperidona con la ventaja de ser una única toma oral diaria, aunque esto no soluciona todos los problemas de la cumplimentación irregular.

Material y Métodos:

Presentamos nuestra experiencia en el uso de paliperidona intramuscular en un Programa de Trastorno Mental Grave hasta enero de 2013. El programa consta de una sala de hospitalización con 8 camas, un subprograma ambulatorio (en el que se han seguido a 114 pacientes) y un hospital de día con capacidad de 14 plazas.

Resultados:

A 21 pacientes se les ha prescrito algún antipsicótico de Acción Prolongada, de los cuales 2 son Flufenazina decanoato, 4 Risperidona y 15 Paliperidona. De estos últimos, el 46% son mujeres y el 54% hombres, 8 se iniciaron en el hospital de día, 5 en sala de agudos y 2 a nivel ambulatorio.

La prescripción de paliperidona intramuscular es bien tolerada y aceptada tanto por los pacientes como por sus familias. Refieren dolor en el lugar de la inyección las primeras dos dosis que cede posteriormente. Tuvimos que retirar 1 tratamiento por reacción inflamatoria excesiva en el punto de administración (lo cual está descrito en 4,6 cada 1000 personas-año) Ha habido 1 caso de amenorrea en una chica con hipersensibilidad a múltiples fármacos a dosis bajas. El resto (13 casos) no ha presentado efectos secundarios y se ha podido reducir el tratamiento oral previo que llevaba pautado.

En 2 casos, el fármaco está asociado a clozapina y un antiepiléptico (levetiracetam y ácido valproico), 7 lo están a algún eutimizante-antiimpulsivo (oxcarbazepina, litio, ácido valproico, carbamazepina y topiramato) En 4 pacientes se pudo retirar totalmente el tratamiento oral que llevaban previo, estando el resto en fase de ajuste dada la complejidad clínica.

Conclusiones:

Los antipsicóticos de acción prolongada (AP) se encuentran disponibles desde hace años y ofrecen transparencia del incumplimiento terapéutico y proporcionan una concentración plasmática estable del fármaco, lo cual mejora la eficacia y el perfil de efectos secundarios. Pueden ayudar a mejorar el cumplimiento terapéutico, reducir las recaídas y reducir las tasas de hospitalización.

La paliperidona im presenta buen perfil de seguridad, incidencia de efectos secundarios similar a placebo y metabolismo hepático limitado. La administración es mensual, no precisa reconstitución ni refrigeración, contando con un amplio intervalo de dosis. Se administra en deltoides o glúteo y es bien aceptada y tolerada por los pacientes.

Referencias esenciales:

1. Metabolic and endocrine adverse effects of second-generation antipsychotics in children and adolescents: A systematic review of randomized, placebo controlled trials and guidelines for clinical



- cal practice. De Hert M, Dobbelaere M, Sheridan E.M, Cohen D, Correll C.U. *European Psychiatry* 2011;26:144–158
2. Antipsychotics in children and adolescents: increasing use, evidence for efficacy and safety concerns. Vitiello B, Correll C, VanZwieten-Boot B, Zuddas A, Parellada M, Arango C. *Eur Neuropsychopharmacol* 2009;19:629–35.
 3. A randomized, double-blind study of paliperidone extended-release in treatment of acute schizophrenia in adolescents. Singh J, Robb A, Vijapurkar U, Nuamah I, Hough D. *Biol Psychiatry* 2011;15;70(12):1179-87
 4. Paliperidone Palmitate in a Child with Autistic Disorder. Kowalski JL et al. *Journal of child and adolescent psychopharmacology* 2011;21(5):491–493

DISCINESIA TARDÍA. ¿CUÁL FUE LA CAUSA? A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

E Pérez Marín (1), R García Bouza (1), ME Terrés Ruiz (2)

(1) Médico interno residente. Hospital General Universitario de Elche.

(2) Adjunta del área 20 del H.G.U Elche.

Resumen

Introducción/antecedentes: Varón de 8 años de edad que acude a la Unidad de Salud Mental Infantil para valoración de TDAH. Tras pasar escalas y valorar las alteraciones conductuales con repercusión académica y social se decide comenzar tratamiento con metilfenidato y risperidona a dosis bajas.

Hipótesis y Objetivos: Plantear una discusión sobre frecuencia de Rabbit syndrome y los fármacos que más comúnmente lo producen.

Material y Métodos: Exposición de un caso clínico real con seguimiento en el último año y revisión bibliográfica sobre Rabbit syndrome.

Resultados: Mejoría de conducta y rendimiento escolar con el tratamiento. Tras 3-4 meses presenta una discinesia tardía de tipo Rabbit syndrome, que cedió tras la

retirada de metilfenidato.

Conclusiones: El Rabbit syndrome es poco frecuente, hay pocos registros, una de las causas es que se puede confundir con la discinesia tardía de boca y lengua. La mayoría de casos recogidos ocurren con tratamiento prolongado con antipsicóticos a dosis medias o elevadas.

Referencias esenciales:

1. Sadock, B. Kaplan y Sadock. Sinopsis de psiquiatría. 10ª ed. Lippincott. 2009.
2. Risperidone-induced rabbit syndrome: an unusual movement disorder caused by an atypical antipsychotic *European Neuropsychopharmacology* Volume 9, Issue 1, Pages 137-139, 1 January 1999.
3. Psychotropic medication-induced rabbit syndrome. Lindsey PL, Mehalic J. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2010 Feb;48(2):31-6.

FENOMENOLOGÍA DEL ATRACÓN. COMPULSIVIDAD E IMPULSIVIDAD EN EL TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA.

A Martín Pajares, MJ Martín Esquinas, I Palma Otero (1) Médico Interno Residente de Psiquiatría. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J), UGC Salud Mental del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.

(2) Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J), UGC Salud Mental del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.

Resumen

Introducción/antecedentes:

Se define el atracón como la ingesta de gran cantidad de comida hipercalórica en un lapso breve de tiempo, con sensación de pérdida de control. Aun siendo una de las conductas más estudiadas en los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), no está claro si ha de ser definido como un impulso o una compulsión, o si podemos considerar en este fenómeno distintos tipos que hagan referencia a diferentes subclases dentro de esta categoría diagnóstica.

Hipótesis y Objetivos:

Se buscó realizar una exploración de la conducta del



atracción en pacientes con distintos diagnósticos dentro del espectro de los TCA, que permitiese detectar, en caso de haberlas, diferencias en cuanto a la vivencia del mismo.

Material y Métodos:

Al no disponer de pruebas específicas para el objetivo buscado, se creó de novo una entrevista basada en preguntas abiertas, algunas dirigidas a explorar rasgos generales de personalidad (adaptadas de los Cuestionarios de Impulsividad de Barrat y Obsesividad de Maudsley) y otras destinadas a investigar el fenómeno del atracón. Se seleccionó una muestra de 40 pacientes, todas atendidas en la Unidad en régimen ambulatorio, con diferentes diagnósticos dentro del grupo de los TCA.

Resultados:

En el momento de presentarse esta comunicación, han realizado la entrevista 5 del total las pacientes seleccionadas de la muestra. No se han encontrado hasta ahora diferencias significativas en la vivencia reportada por las pacientes, observándose respuestas similares en cuanto a percepción subjetiva de descontrol, sensación posterior de malestar y sentimientos de culpa. Estas similitudes se mantienen a pesar de distintas respuestas en las preguntas referentes a rasgos de personalidad.

Conclusiones:

Los resultados preliminares avalan la hipótesis del atracón como fenómeno cualitativamente único, del orden de los impulsos, con distinta frecuencia a lo largo del espectro del TCA que respondería a diferencias en la efectividad de los mecanismos de control obsesivo frente a las tendencias impulsivas.

COMPARACIÓN DE LOS PACIENTES ADOLESCENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE DÍA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE DEL AÑO 2011 FRENTE AL DEL AÑO 2012.

C Martínez Cantarero (1), S Gutiérrez Priego (2), E Bernaola Serrano (3), G Morandé Lavín (4)

(1) Psiquiatra Adjunto y coordinadora del hospital de día de TCA de adolescentes del Hospital Universitario Infantil Niño Jesús de Madrid.

(2) Psiquiatra Adjunto de la Unidad de Hospitalización de TCA del Hospital Universitario Infantil Niño Jesús de Madrid.

(3) Enfermera del Hospital de día de adolescentes de TCA del Hospital Universitario Infantil Niño Jesús.

(4) Psiquiatra Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Infantil Niño Jesús.

Resumen

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, estabilizar la conducta y psicopatología alimentaria y minimizar los tiempos y costes de hospitalización. El dispositivo HDP debe mostrar su eficacia en la reducción de la estancia media del ingreso hospitalario optimizando la disponibilidad de camas en situaciones de mayor demanda asistencial en Hospitalización, como se ha producido en el último trimestre de 2012 y en especial con los pacientes más graves.

Hipótesis y Objetivos: La mayor demanda de hospitalización completa produce un número mayor de ingresos en HDP con reducciones del tiempo de estancia hospitalaria.

Material y Métodos: Se comparan los tiempos de estancia de los Ingresos hospitalarios 2011 y 2012, y los ingresos en HDP durante el 4º Trimestre, junto con alguna de las variables clínicas: IMC al ingreso de HDP, diagnóstico clínico, y grado de desnutrición alcanzado.

Resultados: Se observa una disminución de la estancia media en Hospitalización 2012, 30 días frente a 35 días en 2011. Comparando el último trimestre se obtiene el mismo número de ingresos (16) si bien la estancia media en el HDP se reduce a 7,5 en 2012, frente a 11 semanas en 2011. Los pacientes con Anorexia nerviosa restrictiva se han incrementado en el último trimestre de 2012 (50%), comparado con 2011 (31%), a expensas de los TCA no especificados. En cuanto al IMC de ingreso en HDP, se observa una disminución en el último trimestre de 2012 (18.5 frente a 19 en 2011). El porcentaje de pacientes que no presentan desnutrición se mantiene (18%), aunque en el último trimestre de 2012 se ha incrementado el porcentaje de pacientes con desnutrición severa (30%).



Conclusiones: El Hospital de Día es eficaz permitiendo acortar la estancia media del paciente con TCA en situaciones de mayor demanda en Hospitalización. El mantenimiento del número de ingresos en HDP es objeto de un posterior estudio.

ASOCIACIÓN ENTRE PANDAS Y CLÍNICA PSIQUIÁTRICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

M Martínez Herves (1), MA Forti Buratti (1), C McElwee (2)

(1) *Psiquiatra. Becaria de la Fundación Alicia Koplowitz, en St Mary's Hospital/ Imperial College. Londres, Reino Unido.*

(2) *Psiquiatra Adjunta en Psiquiatría Infantil. St Mary's CAMHS, CNWL Foundation Trust, Londres, Reino Unido.*

Resumen

Introducción/antecedentes:

El acrónimo PANDAS hace referencia a un grupo de trastornos neuropsiquiátricos supuestamente relacionados con una infección estreptocócica previa. Se ha postulado que, de modo similar a como ocurre en la corea de Sydenham, se trataría de un trastorno autoinmune. Se han descrito diferentes presentaciones clínicas, que incluyen trastorno obsesivo compulsivo (TOC), trastorno por tics y anorexia nerviosa.

Hipótesis y Objetivos: La clínica presentada inicialmente por el niño, caracterizada por tics y patrones obsesivos de comportamiento, de inicio brusco y con curso fluctuante (remisión y recaída), con exacerbación de síntomas psiquiátricos comórbidos, serían, junto con la existencia de una infección estreptocócica previa, sugestivos de un diagnóstico de PANDAS.

Material y Métodos: Se describe el caso de un niño de ocho años, que presenta clínica neuropsiquiátrica asociado a la presencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), que presenta positividad a anticuerpos estreptocócicos. Se describe también el proceso diagnóstico, tanto clínico como de laboratorio, el tratamiento administrado y la evolución. Se presenta a su vez una revisión sobre generalidades sobre el PANDAS y su abordaje terapéutico.

Resultados: La mejoría de la clínica tras la administración del tratamiento adecuado (antibioterapia) apoya la hipótesis planteada previamente. El hecho de que los síntomas de TDAH persistan, sugiere que se trataría de un trastorno independiente de la infección estreptocócica.

Conclusiones: Hay varios estudios que apoyan los PANDAS como entidad diagnóstica, considerando la prevalencia de los mismos en aproximadamente de un 10% en los pacientes con tics, síndrome de Tourette, TOC y anorexia nerviosa. Existe controversia respecto a si estos trastornos neuropsiquiátricos están asociados con mecanismos autoinmunes o no, habiendo estudios que no apoyan dicha asociación. Dichos estudios han evaluado tanto niños con TOC como con Trastorno por tics con supuesta asociación a PANDAS, sin encontrar diferencias significativas entre los niños con PANDAS y los controles. Estudios con muestras mayores, y refinamiento en las técnicas diagnósticas actuales (inmunofluorescencia) ayudarán a aportar claridad a dicho debate.

Referencias esenciales

1. Betancourt, Y.M. et al. Trastornos neuropsiquiátricos autoinmunes asociados a infección estreptocócica en la edad pediátrica: PANDAS. *Revista de Neurología* 2003; 36 (Supl 1): S95-S107.
2. Morris, C. M. et al. Serum antibodies measured by immunofluorescence confirm a failure to differentiate PANDAS and Tourette Syndrome from controls. *Journal of Neurological Sciences*. 2009;276:45-48.
3. Murphy, T.K. et al. The Immunobiology of Tourette's Disorder, Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcus, and Related Disorders: A Way Forward. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 2010; 20 (4):317-331.

SINTOMATOLOGÍA MANIFORME INDUCIDO POR METILFENIDATO. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

R García Bouza (1), E Pérez Marín (1), M Terres Ruiz (2), RG Danis (1), B Villagordo Peñalver (1)

(1) Médico Interno Residente. Hospital General Universitario Elche, Alicante.

(2) Facultativa Especialista Psiquiatría. Centro de



Salud Infanto-Juvenil Raval, Elche, Alicante.

Resumen

Introducción: Nuestro caso clínico describe a una paciente de 8 años con diagnóstico de Trastorno Déficit Atención (TDA), remitida a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) por cambio en el comportamiento.

Antecedentes:

Médicos: sin interés.

Psicopatológicos: Antecedentes TDA subtipo mixto.

Sociobiográficos: Embarazo controlado, sin antecedentes de toma de fármacos ni consumo de tóxicos. Parto eutócico a término. Hitos del desarrollo dentro de la normalidad. Padres separados. Hermana (15 años).

Familiares: sin interés.

Objetivos:

Paciente remitida a Neuropediatría ante sospecha de TDA. Exploración física sin hallazgos. Normalidad de las pruebas complementarias. Dado los antecedentes descritos por equipo escolar y padres (escalas TDAH) se confirma diagnóstico de sospecha TDA subtipo mixto iniciando tratamiento farmacológico con metilfenidato lib. inmediata. Tras 2 semanas del inicio de tratamiento (dosis alcanzadas MFN hasta 20mg) la paciente presenta empeoramiento de la conducta, asociado a episodios de agresividad siendo derivado a USMIJ. Madre refiere tras inicio de tratamiento "...estar más nerviosa, agresiva, insultos, habla sin parar...", asociado a empeoramiento del sueño. Ante sospecha de cuadro maniforme en contexto de inicio de MFN se suspende tratamiento farmacológico, pautando risperidona con resolución progresiva del cuadro.

Conclusiones

Se han descrito varios casos sobre los efectos secundarios adversos (psicosis o manía) relacionados con la prescripción de metilfenidato. Los signos y síntomas asociados al uso de psicoestimulantes en un gran número de casos se resuelven al suspender el tratamiento farmacológico o bien ajustando tratamiento con Antipsicóticos. A su vez, nuestro caso describe a una paciente con antecedentes TDA asociado a un CI límite comórbido. En la literatura científica existen pocos estudios que observan la relación del uso de psicoestimulantes en pacientes di-

agnosticados de TDA y Retraso Mental/CI límite asociado, posiblemente relacionado con cierta vulnerabilidad a la aparición de determinados efectos adversos como los que se describen en nuestro caso clínico.

Referencias esenciales

1. Methylphenidate-induced mania in a prepubertal child. Koehler-Troy C, Strober M, Malenbaum R.. J Clin Psychiatry. 1986 Nov;47(11):566-7
2. Methylphenidate-induced mania-like symptoms. Kaustav Chakraborty and Sandeep Grover1. I.J Pharmacol. 2011 February; 43(1): 80–81.
3. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 5th Edition. Sir Michael Rutter, D. Bishop, Daniel Pine, Steven Scott, Jim S. Stevenson, Eric A. Taylor, A. Thapar
4. Martindale: the complete drug reference .37ED. AUTOR Sean C Sweetman

A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO Y UNA REVISIÓN SOBRE LA ATENCIÓN A HIJOS DE PADRES CON ENFERMEDAD MENTAL

E Sesma Pardo (1), A Fernández Rivas (2), I Kerexeta Lizeaga (3), MA González Torres (4)

(1) Médico Psiquiatra, Consultas Externas de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Basurto (Bilbao)

(2) Médico Psiquiatra, Jefe de Sección, Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Basurto (Bilbao)

(3) Médico Interno Residente de Psiquiatría, Consultas Externas de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Basurto (Bilbao)

(4) Médico Psiquiatra, Jefe de Servicio, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Basurto (Bilbao)

Resumen

Introducción/antecedentes:

Existen numerosos trabajos sobre el riesgo que corren los hijos de padres con trastornos mentales graves, sin embargo, es difícil llegar a acuerdos en relación a las repercusiones y modelos de intervención.

Se presenta un caso clínico de un menor cuya madre padece un trastorno mental grave y se realizará una revisión bibliográfica de la literatura existente.



Hipótesis y Objetivos:

Conocer las propuestas de intervención existentes para atender a hijos de pacientes con enfermedad mental.

Material y Métodos:

Exposición de un caso clínico y revisión bibliográfica sobre el tema.

Resultados:

B es una niña de 6 años que acude a consulta derivada por su pediatra por alteración del comportamiento. La madre de B está diagnosticada de Trastorno de personalidad borderline. Tras el proceso de valoración se objetiva que es una niña en situación de riesgo, su madre presenta una patología psiquiátrica que en algunos momentos le ha impedido ocuparse de ella y atender sus necesidades afectivas. El padre no ha desempeñado su función paterna. Se diagnostica de Trastorno de Vinculación en la infancia reactivo.

Estos niños pueden percibir el estado anímico de sus padres, lo que les resulta realmente traumático es la imposibilidad de predecir cuál será la reacción de aquellos. Los hijos pueden entender la enfermedad como una desorganización importante, como una crisis, como negligencia o como un reto en su vida.

Conclusiones:

Dentro de los programas de tratamiento con los menores que se proponen existen las intervenciones destinadas a desarrollar los recursos propios y las intervenciones de apoyo en las fases agudas de los padres.

Referencias esenciales:

1. Lebovici S, Rabain-Lebovici M. Los niños de familias psicóticas. En: Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Tomo VI. Madrid, Biblioteca Nueva, 1989.
2. White CI, Nicholson J, Sher WH, Geller JI. Mothers with Severe mental illness caring for Children. Journal of Nervous and Mental Disease, 1995, 33, pp. 398-403.

A PROPÓSITO DE UNA REVISIÓN SOBRE LA PATOLOGÍA VINCULAR EN PREMATUROS

E Sesma Pardo (1), A Fernández Rivas (2), I Kerexeta Lizeaga (3), MA González Torres (4)

(1) Médico Psiquiatra, Consultas Externas de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Servicio de Psiquiatría, Hospital Uni-

versitario de Basurto (Bilbao)

(2) Médico Psiquiatra, Jefe de Sección, Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Basurto (Bilbao)

(3) Médico Interno Residente de Psiquiatría, Consultas Externas de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Basurto (Bilbao)

(4) Médico Psiquiatra, Jefe de Servicio, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Basurto (Bilbao)

Resumen

Introducción/antecedentes:

El nacimiento o parto prematuro es una situación generadora de estrés para el entorno familiar y especialmente para la madre. Pero este estrés, no siempre se debe a la gravedad del neonato, sino a una inapropiada percepción parental que tiene que ver con la capacidad para afrontarlo y la ansiedad de los padres. Estas reacciones de los padres hacia el niño enfatizan la vulnerabilidad del niño.

Hipótesis y Objetivos:

Se pretende revisar si se ha encontrado en la población prematura mayor predisposición al desarrollo de patología vincular.

Material y Métodos:

Se realiza una revisión bibliográfica sobre el tema.

Resultados:

Estudios que comparan niños prematuros con niños a término, subrayan la diferencia de los primeros años de vida en los patrones de interacción social. Goldberg comparó la proporción de vínculo seguro en niños nacidos a término y en prematuros, obteniendo un 74% de vínculo seguro en los niños nacidos a término versus un 54% que se encontró en los prematuros. Los prematuros suelen presentar vínculos inseguros especialmente del grupo "D" que corresponde al vínculo inseguro desorganizado.

Wille en su estudio concluyó que los niños prematuros tienen mayor probabilidad de desarrollar un vínculo inseguro, en este caso ambivalente/evitativo, que los nacidos a término. También se ha demostrado que estos niños tienen menos capacidad de iniciativa en el juego social y muestran menos afecto positivo.

Conclusiones:

La ansiedad de la madre y la existencia a veces, de sín-



tomas depresivos maternos junto con la características del recién nacido prematuro, aumentan el desarrollo de vínculos inseguros.

Referencias esenciales:

1. Wille D. Relation of preterm birth with quality of infant-mother attachment at one year. *Infant Behaviour and Development*, 1991, 14, 227-240.
2. Stern M. The prematurity stereotype revisited: Impact on mother's interactions with premature and full-term infants. *Infant Mental Health Journal*, 2000, 21(6), 495-509.

RESPUESTA AL METILFENIDATO DE LOS SÍNTOMAS NUCLEARES DEL TDAH EN FUNCIÓN DE LA DOSIS: BAJA, MEDIA Y ALTA

S Batlle Vila (1), X Estrada Prat (2), E Camprodón Rosanas (1), L Duñó Ambrós (3), M Aceña Díaz (4), M Marrón Cordón (5), LM Martín-López (6)

(1) *Psicólogo Clínico. Adjunto servicio de psiquiatría infantil y juvenil. CSMIJ Sant Martí Sud. Institut de Neupsiquiatria i Addiccions, Parc de Salut Mar, Barcelona.*

(2) *Psiquiatra. Adjunto servicio de psiquiatría infantil y juvenil. CSMIJ Sant Martí Sud. Institut de Neupsiquiatria i Addiccions, Parc de Salut Mar, Barcelona.*

(3) *Psiquiatra. Adjunto servicio de psiquiatría infantil y juvenil. Coordinadora CSMIJ Sant Martí Sud y Sant Martí Nord. Institut de Neupsiquiatria i Addiccions, Parc de Salut Mar, Barcelona.*

(4) *Enfermera. CSMIJ Sant Martí Sud. Institut de Neupsiquiatria i Addiccions, Parc de Salut Mar, Barcelona.*

(5) *Trabajadora Social. CSMIJ Sant Martí Sud. Institut de Neupsiquiatria i Addiccions, Parc de Salut Mar, Barcelona.*

(6) *Psiquiatra. Director del Proceso de Atención Comunitaria y de Programas Especiales. Institut de Neupsiquiatria i Addiccions, Parc de Salut Mar, Barcelona.*

Resumen

Introducción/antecedentes:

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es una condición prevalente de la infancia que afecta a aproximadamente un 7,8% de la población en edad escolar. La literatura científica ha evidenciado la efectividad (por medio de estudios controlados y ran-

domizados) de los estimulantes para el tratamiento de los síntomas nucleares del trastorno. El Metilfenidato (MPH) es la sustancia más utilizada y mejor estudiada. Sin embargo, no está del todo claro si esta respuesta es claramente dosis-dependiente o si la respuesta es individualizada para cada paciente.

Hipótesis y Objetivos:

Valorar la eficacia del MPH en el tratamiento de los pacientes TDAH atendidos en nuestra Unidad de Psiquiatría Infanto-juvenil, y evaluar el efecto de tres tipos de dosis de MPH (baja, media y alta), y si la dosis-respuesta es lineal o cuadrática.

Material y Métodos:

Estudio ex post facto. Se realiza exploración neuropsicológica y registros de conducta pre y post tratamiento farmacológico a 24 sujetos TDAH Naïve de entre 7 y 15 años de edad ($M = 11,03$; $DT = 2,58$) agrupados en función de la dosis de MPH necesaria hasta estabilización clínica de los síntomas: baja ($n = 6$; $M = 0,40$ mg/Kg), media ($n = 9$; $M = 0,65$ mg/Kg) y alta ($n = 9$; $M = 0,93$ mg/Kg).

Mediante programa estadístico STATA se realiza comparación de medias por medio de la prueba T para muestras relacionadas entre los grupos pre y post tratamiento. Se calcula el tamaño del efecto tratamiento (d') de las variables que se han mostrado significativas (agrupadas por factores: Rendimiento, Atención, Impulsividad/Hiperactividad y Emocional).

Resultados:

a) El rendimiento del trabajo, presenta una relación lineal inversa a la dosis de tratamiento.

b) La atención mejora de forma lineal al aumentar las dosis.

c) En Impulsividad e Hiperactividad se produce un efecto cuadrático en que dosis más bajas y más altas obtienen mejor rendimiento que la dosis media.

d) El tamaño del efecto de las variables emocionales pone de relieve que a dosis más altas hay más somatizaciones, más ansiedad y más problemas de conducta relacionados con la irritabilidad.

Conclusiones:

1. Las medidas neuropsicológicas y de registro de conducta son útiles para monitorizar el tratamiento



- farmacológico psicoestimulante del TDAH.
2. La respuesta más lineal o cuadrática estaría relacionada con los ámbitos de evaluación y los constructos evaluados.
 3. Es necesario reinterpretar los datos obtenidos en función de conocimientos sobre los mecanismos neurobiológicos subyacentes para valorar la posibilidad de una dosificación más selectiva del fármaco en función de la sintomatología a tratar.

Referencias esenciales:

1. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. (1999). Archives of general psychiatry, 56(12), 1073-86. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10591283>
2. Fernández-Jaén, A., Martín Fernández-Mayoralas, D., Calleja-Pérez, B., Moreno-Acero, N., & Muñoz-Jareño, N. (2008). [The effects of methylphenidate on cognitive-attentional processes. The use of continuous performance tests]. Revista de neurología, 46 Suppl 1, S47-9. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18302122>
3. Konrad, K., Neufang, S., Hanisch, C., Fink, G. R., & Herpertz-Dahlmann, B. (2006). Dysfunctional attentional networks in children with attention deficit/hyperactivity disorder: evidence from an event-related functional magnetic resonance imaging study. Biological psychiatry, 59(7), 643-51. doi:10.1016/j.biopsych.2005.08.013
4. Matier, K., Halperin, J. M., Sharma, V., Newcorn, J. H., & Sathaye, N. (1992). Methylphenidate response in aggressive and nonaggressive ADHD children: distinctions on laboratory measures of symptoms. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31(2), 219-25. doi:10.1097/00004583-199203000-00007
5. Teicher, M. H., Polcari, A., & McGreenery, C. E. (2008). Utility of objective measures of activity and attention in the assessment of therapeutic response to stimulants in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Journal of child and adolescent psychopharmacology, 18(3), 265-70. doi:10.1089/cap.2007.0090
6. Tucha, O., Prell, S., Mecklinger, L., Bormann-

Kischkel, C., Kübber, S., Linder, M., Walitza, S., et al. (2006). Effects of methylphenidate on multiple components of attention in children with attention deficit hyperactivity disorder. Psychopharmacology, 185(3), 315-26. doi:10.1007/s00213-006-0318-2

UN PRIMER ANÁLISIS SOBRE LA PSICOPATOLOGÍA DE HIJOS DE PADRES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN UNA MUESTRA DE PACIENTE DE UN CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

S D'Ambrosio, JA Sánchez Pérez

Psiquiatra adultos / infanto-juvenil, Fundación Orienta, CSMIJ de L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

Resumen

Diversos autores se han interesado en los últimos 40 años por los trastornos psicopatológicos en los niños de padres con trastorno mental severo (TMS), con diagnósticos de esquizofrenia y trastorno del estado de ánimo. Entre los estudios realizados, destaca lo de la OMS (1977), citado por Valtueña (1985), en que se realizó un seguimiento de 1200 hijos de esquizofrénicos y en que hallaron un alto porcentaje de ansiedad y agresividad. Guedeney (1989), La Roche (1990) y Caballero (1990), afirman que los hijos de padres con trastorno del estado de ánimo constituyen un grupo de alto riesgo a padecer trastornos de tipo afectivo.

En este proyecto queremos demostrar que existe una correlación entre diagnóstico de los padres y psicopatología de los hijos. Se realizará una descripción de una muestra aleatoria de pacientes (n 16) con padres TMS, agrupando los datos por:

- Diagnóstico del progenitor/ores (10 Trastorno afectivo, 3 Esquizofrenia, 1 Trastorno de la personalidad, 2 Enolismo grave)
- Motivo de Consulta (12 alteraciones de conducta, 1 hiperactividad, 3 ansiedad)
- Diagnóstico del paciente (4 casos Tr. Disocial, 6 Psicosis, 2 Tr. de Ansiedad, 1 Autismo, 2 TDAH, 1 Depresión)
- Tratamiento administrado (siempre psicoterapia, en 11 combinado con fármacos)
- Factores relevantes en la evolución (5 absentismo,



5 disfunción socio-familiar, 1 adoptado).

Nuestros resultados, coincidentes con los estudios de Orvaschel y Breznitz (1988), nos hacen pensar en la inespecificidad en la patología de los pacientes, derivada de gran variabilidad sintomática encontrada. Podríamos deducir sea determinante la intensidad de las patologías en los progenitores, la capacidad de adaptación de los niños de adaptarse y la futura estructuración en el desarrollo. Pensamos sea fundamental, un abordaje psicoterapéutico con los niños sobre los síntomas que padecen los padres y la diferencia con los suyos. El objetivo es mitigar el miedo de padecer la misma patología que los padres.

Referencias:

1. Caballero, R. (1990): Riesgo de psicopatología afectiva en la infancia: Estudios en hijos de enfermos esquizofrénicos, depresivos y alcohólicos.
2. Orvaschel, M. (1990): Tratamos Psiquiatría de inicio en niños de alto riesgo y movilidad familiar aumentada. *J. Am. Acad.*

COMO DIFIEREN LOS PADRES EN EL ESTILO DE AFRONTAMIENTO Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR AL INICIO DE UN TRASTORNO DE COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO DURANTE LA ADOLESCENCIA

M Graell Berna (1), AR Sepúlveda García (2), P Andrés Nestares (3), A Villaseñor (4), M Faya (1), C Cantarero (1), G Morandé (5)

(1) Psiquiatra Adjunta. Sección de Psiquiatría y Psicología. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

(2) Profesora e investigadora Ramón y Cajal. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. Dirección: Campus de Cantoblanco. Madrid.

(3) Psicóloga e Investigadora. Sección de Psiquiatría y Psicología. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

(4) Psicólogo. Sección de Psiquiatría y Psicología. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

(5) Psiquiatra y Jefe de Sección. Sección de Psiquiatría y Psicología. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

Resumen

Introducción: Actualmente se considera el afrontamiento de los eventos estresantes como un aspecto muy relevante del funcionamiento personal (Lazarus, 2000). Algunas van a favorecer la adaptación de las familias ante problemas, mientras que otras van a limitar dicha adaptación.

Objetivo: Se ha evaluado el tipo de afrontamiento, el funcionamiento familiar y su relación con el bienestar emocional en padres y madres de adolescentes con trastornos del comportamiento alimentación (TCA), comparando según género.

Métodos: Se presentan datos basales de un estudio longitudinal de adolescentes con TCA de inicio temprano, un total de 114 madres y 114 padres completaron: la Escala de Estilos de Afrontamiento (COPE-60, Carver et al., 1989; Crespo et al., 2004), tiene 60 ítems y 14 estilos de afrontamiento en base a una escala tipo Likert de cuatro respuestas. También se ha utilizado la escala FAC-ES-II (Olson et al., 1979; Larrosa, 2002) para evaluar la cohesión y adaptabilidad, la escala STAI (Spilberger, 1970; TEA, 1986) para evaluar los niveles de ansiedad y de depresión (BDI; Beck et al., 1961; Vázquez y Sanz, 1991) de los padres. Se realizaron comparaciones pareadas con la prueba Chi-square, t de Student y Wilcoxon cuando era pertinente, y correlaciones de Spearman.

Resultados: Los estilos de afrontamiento más utilizados por las madres el afrontamiento activo y de los padres la planificación, con diferencias significativas entre ambos padres ($p > 0,05$). En tanto, entre los estilos menos utilizados por ambos se sitúan el consumo de sustancias y el humor. Los datos muestran que la mayoría presentaban una adecuada percepción de la cohesión y adaptabilidad de sus familias al inicio de la enfermedad. La puntuación media obtenida de ansiedad estado de la madre es de 28,9 (DT=10,7), mientras que la ansiedad rasgo es de 20,7 (DT=9,4). La puntuación media obtenida de ansiedad estado de los padres es de 21,7 (DT=9,3), mientras que la ansiedad rasgo es de 16,1 (DT=7,1). La puntuación media en depresión de la madre es 9,3 (DT=5,1) y del padre es 6,2 (DT=4,6). Se obtuvieron mayores puntuaciones en ansiedad estado, rasgo y depresión en las madres de forma significativas.



Conclusiones: Se puede establecer que las madres que presentan altos niveles de ansiedad y depresión, utilizaban con mayor frecuencia la supresión de actividades distractoras y la negación como estrategia de afrontamiento a la problemática alimentaria, mientras que los padres utilizaban la desconexión mental ante la misma situación.

Referencias esenciales:

1. Lazarus, R y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martinez Roca.
2. Carver, C., Scheier, M y Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
3. Crespo, M. y Cruzado, J.A. (1997). La intervención del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de conducta*, 23(92), 797-832

PANDAS UNA VARIANTE DEL TOC EN NIÑOS

B Mongil López (1), S Garcinuño Pérez (2), MJ Martínez Velarte (1)

(1) Psiquiatra. Unidad Psiquiatría Infantojuvenil Complejo Asistencial de Zamora

(2) Residente Psiquiatría Complejo Asistencial de Zamora

Resumen

Introducción/antecedentes: Varón de 7 años con un cuadro clínico de dos años de evolución. Diagnosticado de TDAH, en la segunda revisión relata un cuadro de inicio súbito de compulsiones de tocar dos veces a las personas u objetos cercanos y repetición de rituales. Presenta también tics motores simples y complejos. Ha presentado otros dos episodios de inicio brusco con nueva sintomatología obsesiva y compulsiones asociadas. Sólo se recoge sintomatología de faringoamigdalitis leve en una ocasión.

Hipótesis y Objetivos: Se plantea el diagnóstico de PANDAS por la presencia de exacerbaciones súbitas del comportamiento obsesivo compulsivo acompañado de empeoramiento de los síntomas propios de su TDAH.

Material y Métodos:

Entrevista clínica
CY-BOCS
Evaluación neuropsicológica
Exudado faríngeo positivo

Resultados: El tratamiento en los casos de PANDAS no está claramente definido, el tratamiento con antibiótico en una de las fases de agudización mejoró la sintomatología sin llegar a una remisión total del cuadro. Actualmente pendiente de amigdalectomía.

Conclusiones: Es importante definir el subtipo PANDAS porque requiere una evaluación y un tratamiento distinto (Leonard y Swedo, 2001).

Referencias esenciales:

1. Soutullo y Mardomingo Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente. Lazaro L. Tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes. 2004

LA EXPERIENCIA DE UN GRUPO DE PADRES DESDE LAS TERAPIAS CONTEXTUALES

M Díaz de Neira Hernando (1), I Caro Cañizares (2), R García Nieto (3), L Albarracín García (3), E Baca García (4), JJ Carballo Belloso (5)

(1) Psicóloga Clínica. Unidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, Centro de Especialidades Argüelles. Fundación Jiménez Díaz

(2) Residente de Psicología. Fundación Jiménez Díaz.

(3) Psicóloga Clínica. Investigación. Centro de Especialidades Argüelles. Fundación Jiménez Díaz.

(4) Jefe de Servicio de Psiquiatría Fundación Jiménez Díaz, Hospital Infanta Elena, y Hospital Rey Juan Carlos.

(5) Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, Centro de Especialidades Argüelles. Fundación Jiménez Díaz

Introducción:

Dada la elevada demanda de atención a niños con alteraciones conductuales en los servicios de salud mental, nos planteamos diseñar una intervención que permitiera optimizar los recursos disponibles. El trabajo con los padres tradicionalmente ha sido a través de modelos psicoeducativos, sin embargo, la Terapia de Aceptación



y Compromiso (ACT) nos permite realizar un abordaje más experiencial y centrado en valores como guía para la intervención.

Objetivos:

- Clarificar valores en relación a los hijos
- Adquirir habilidades para comportarse de modo congruente con esos valores

Material y Métodos:

Se llevó a cabo un grupo formado por los padres de 8 niños con edades comprendidas ente los 4 y los 10 años con trastornos externalizantes.

Se realizaron 10 sesiones con frecuencia semanal, de una hora de duración cada una de ellas.

Se diseñó un protocolo con los siguientes componentes: análisis funcional de la conducta propia y de los hijos, toma de perspectiva, identificación de valores, aceptación de eventos privados y entrenamiento en distanciamiento (defusion).

Se realizó un cuestionario anónimo de satisfacción al finalizar el grupo.

Resultados:

La valoración media de la utilidad del grupo en relación a sus hijos fue de 8.6/10. La valoración media de la utilidad del grupo en relación a otras áreas de sus vidas fue de 7.2/10.

Ejercicios/Metáforas más jugosas	Componente principal
Compartir experiencias con otros padres	Análisis funcional
Recompensas y castigos	
Sistema de puntos	
Metáfora del jardín	Valores
Metáfora de la charca	Aceptación del malestar
Sacar a pasear a la mente	Defusion
El dedo en la cara	
Hacer una tarea mientras critican	Toma de perspectiva

Conclusiones:

La ACT puede aportar componentes alternativos al trabajo psicoeducativo tradicional, que resultan eficaces según reportan los propios padres.

Referencias esenciales:

1. Coyne L y Murrell AR (2010). The joy of parenting: an Acceptance and Commitment Therapy. Guide to effective parenting in the early years. New Harbinger.

PSICOPATOLOGÍA EN PACIENTES ADOPTADOS EN SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE CIUDAD REAL.

EF Albaladejo Gutiérrez (1), FR Martínez Luna (1), P de Bernardo Barrio (1)

(1) Psiquiatra. Facultativo especialista de área. Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil de Ciudad Real.

Resumen

Introducción/antecedentes:

Los procesos de adopción a menudo implican una reestructuración del vínculo en menores que hayan podido padecer las consecuencias de un abandono en etapas tempranas de la vida. Muchos de ellos también comparten experiencias traumáticas derivadas del proceso de institucionalización previo a la adopción, así como de su traslado y adaptación al nuevo núcleo familiar. Por último, cada individuo lleva su impronta genómica, y en los antecedentes familiares, conocidos o no, suelen estar representadas diversas patologías psiquiátricas.

Hipótesis y Objetivos:

Nos planteamos realizar una revisión descriptiva de los casos en adopción que están actualmente en seguimiento en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ), con el objetivo de establecer qué patologías se encuentran con mayor frecuencia y qué variables puedan estar asociadas.

Material y Métodos:

Revisión en la base de datos de los casos en adopción que actualmente se encuentran en seguimiento en la USMIJ. Obtención de variables (todavía por determinar) y descripción de resultados.

Resultados:

Pendiente de resultados.



Conclusiones:

Pendiente de resultados.

Este estudio se enmarca en un estudio posterior comparativo con los pacientes de similares características que hayan precisado ingreso en la Unidad de Hospitalización Breve Infanto Juvenil de Ciudad Real.

Referencias esenciales:

1. "Child and Adolescent Psychiatry". Michael Rutter and Eric Taylor. Fourth edition, 2002.
2. "Tratado de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia". Jerry M. Wiener, Mina K. Dulcan. Tercera edición, 2004.
3. "Clasificación Multiaxial de los Trastornos Psiquiátricos en Niños y Adolescentes". CIE-10, 2007.

COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN EL SÍNDROME DE PRADER-WILLI. A PROPÓSITO DE UN CASO.

EF Albadalejo Gutiérrez (1), A Carrillo del Amo (2), J Contreras González (2), E Guerrero Buitrago (2), B de la Mazarrasa Lagunilla (2)

(1) Psiquiatra. Facultativo especialista de área, Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil de Ciudad Real.

(2) Psicólogo. Facultativo especialista de área. Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil de Ciudad Real.

Resumen

Introducción/antecedentes:

El Síndrome de Prader-Willi (SPW) es un trastorno del neurodesarrollo determinado genéticamente que ocurre en aproximadamente 1 de cada 22.000 nacimientos.

Hipótesis y Objetivos:

Describir la sintomatología psiquiátrica que se ha encontrado asociada en los pacientes diagnosticados de SPW.

Material y Métodos:

Se realizó una búsqueda sistemática en Medline utilizando los términos [Prader-Willi Syndrome], [comorbidity] [psychiatric disorders]; seleccionando mediante lectura de abstracts aquellos artículos que revisaban la presencia de clínica psiquiátrica en estos pacientes.

Se presenta el caso clínico de un menor en seguimiento

en la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil de Ciudad Real.

Resultados:

Se trata de un menor que acudió a nuestras consultas por presentar bajo rendimiento académico, marcada inmadurez emocional con una gran imaginación e importantes dificultades relacionales en este contexto. Ha sido criado por su tía, tras el fallecimiento de su madre y ceder su padre la tutela. En la exploración se detectan elevados niveles de ansiedad y dificultades atencionales. En la valoración realizada desde el equipo de orientación escolar se informa de un importante déficit atencional, con unas capacidades cognitivas medio-bajas.

Las primeras hipótesis diagnósticas orientaron el caso a una posible patología vincular en un menor con una capacidad intelectual límite, asociado a un posible Trastorno por Déficit de Atención y/o un Trastorno de Ansiedad.

En una reciente revisión cardiológica se descubre una malformación cardiaca, que junto con el fenotipo del menor hacen pensar en un síndrome genético.

Conclusiones:

1. Muchas alteraciones del neurodesarrollo cursan con clínica psiquiátrica
2. Dada su baja prevalencia, no se suelen tener en cuenta por el clínico en el diagnóstico diferencial.
3. Los niños con SPW tienen una mayor proporción de síntomas depresivos, problemas de pensamiento, quejas somáticas y problemas sociales.

Referencias esenciales:

1. "Child and Adolescent Psychiatry". (Michael Rutter and Eric Taylor, Fourth edition 2002).
2. "Mental Health Problems in Children with Prader-Willi Syndrome". (Norbert Skokauskas et al., Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 21:3, august 2012).

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD VERSUS ALTA CAPACIDAD INTELECTUAL, TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD Y ALTA CAPACIDAD INTELECTUAL. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL O COMORBILIDAD.



I Miernau López (1), N García Campos (2), J Quintero (3), L Amador (4), MJ Barrio (1)

(1) Psicóloga, Psikids

(2) Psicóloga, Instituto Neuroconductual de Madrid.

(3) Jefe de Psiquiatría. Hospital U. Infanta Leonor. Director de Psikids.

(4) Instituto Neuroconductual de Madrid.

Resumen

Introducción: El alumno “doblemente excepcional” se caracteriza por una alta capacidad intelectual (AC) junto a un trastorno que vaya a interferir negativamente en su evolución, como es el caso del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Existe alrededor de un 5% de alumnos con AC en etapas educativas obligatorias, un 2% de superdotados (sólo 0,6% identificados) de los cuales un 70% presentan bajo rendimiento escolar y entre el 35 y 50% fracaso escolar (MEC, 2000).

El TDAH es el trastorno psiquiátrico más importante de los que afectan a los niños en la edad escolar, con una prevalencia del 4 al 8% (Correas et al, 2006); que ocasionan importantes alteraciones en el funcionamiento diario de las personas afectadas (Barkley, 2002; Biederman et al., 2000).

En ambos casos podemos encontrar deterioro académico social y emocional por lo que el diagnóstico puede resultar equívoco.

Objetivo:

- Evaluar las diferencias, similitudes y comorbilidad de AC y TDAH.

Metodología

1. Revisión bibliográfica para establecer un marco teórico que nos permita conocer la sintomatología de cada diagnóstico, la sintomatología común y/o los rasgos diferenciales entre ambos.
2. Muestra de pacientes de 6 a 16 años con AC. Se estudió la comorbilidad con el TDAH (DSM-IV-TR). Se revisaron las historias de una Unidad de Psiquiatría y Psicología del Niño y de Adolescente (2000-2012). Se seleccionaron aquellos con CI superior o igual a 130 a través de la Escala de Inteligencia de Weschler

Resultados y conclusiones

Ingresaron 3824 pacientes de 6 a 16 años entre los años 2000 a 2012. De todos ellos obtuvimos 98 pacientes con un CI superior o igual a 130 (2,56%): 74 varones y 24 mujeres. De todos ellos, 26 fueron diagnosticados de TDAH (26,53%) 22 varones y 4 mujeres. Se analizan estos datos y se presentan las conclusiones tras una comparación de los resultados en el congreso.

Bibliografía:

1. Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age dependent decline of symptoms of Attention Deficit Hyperactivity disorders: Impact of remission definition and symptom typt. *Am J Psychiatry* 2000;157:816-18.
2. Ministerio de Educación (España) Libro-Informe: “Alumnos Precoces, Superdotados y Altas Capacidades” 2000. Dr. Benito López Andrade.
3. Quintero-Gutiérrez del Álamo FJ, Correas Lauffer J, Quintero Lumbreras FJ, editores. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida. Barcelona: Masson 2008

UN CASO DE TDAH Y BULIMIA NERVIOSA.

RM Fernández Barrera (1), C Matos Spohring (1), M Mamajón Mateos (1), R Cabezas Mesonero (2)

(1) Residente Psiquiatría Hospital Clínico Salamanca

(2) Médico Psiquiatría Hospital Clínico Salamanca

Resumen

Introducción:

La comorbilidad psiquiátrica es una característica frecuente en el TDAH. Entorno al 70% de los pacientes con TDAH presentan al menos un trastorno psiquiátrico asociado y aproximadamente el 40% sufren al menos dos.

Objetivos:

Presentar un caso de TDAH y bulimia y su evolución tras tratamiento en Hospital de Día.

Métodos:

Paciente de 16 años. Ha dejado los estudios en segundo de la ESO y está matriculado en un módulo actualmente.

Presenta conductas bulímicas incontrolables en el ambiente familiar y un alto nivel de irritabilidad y agresividad, lo que ha repercutido de forma importante en el ám-



bito social.

Presenta una alimentación irregular, con atracones compulsivos severos y autoinducción del vómito.

Ingresa en régimen de Hospital de Día con un EAT 40 de 18 y con los objetivos de normalización de la conducta alimentaria y cese de las alteraciones del comportamiento, estabilización ponderal y psicopatológica, y manejo de problemas familiares y sociales. Se programan 60 sesiones basadas en los programas de comedor, talleres psicoterapéuticos, psicoeducativos y ocupacionales.

Su comportamiento está marcado por signos que nos hacen plantear que exista un cuadro de TDAH, que se reafirma en las entrevistas familiares y el estudio con las escalas ADHS Rating Scale y CAARS (Conners).

Se inicia tratamiento con Metilfenidato 36 mg/día y fluoxetina 40 mg/día.

Resultados:

El paciente mantiene conductas alimentarias organizadas, han desaparecido atracones y purgas al igual que la obsesión por la imagen, manteniendo un peso adecuado. Menor inquietud, descenso de la impulsividad y mejor adaptación a su entorno.

Conclusiones:

Aunque la relación entre los TCA y el TDAH no está ampliamente estudiada, esta comorbilidad debe tenerse en cuenta para realizar diagnósticos más exactos y poder beneficiar a nuestros pacientes de un tratamiento más específico y adecuado.

Referencias:

1. Mikami AY, Hinshaw SP, Patterson KA, Lee JC, Eating pathology among adolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Abnorm Psychol.* 2008 Feb;117(1):225-35.
2. Surman CB, Randall ET, Biederman J, Association between attention-deficit/hyperactivity disorder and bulimia nervosa: analysis of 4 case-control studies. *J Clin Psychiatry.* 2006 Mar;67(3):351-4.

COMORBILIDAD TOC Y TRASTORNO BIPOLAR.

C Matos Spohring (1), RM Fernández Barrera (1), M Mamajón Mateos (1), R Cabezas Mesonero (2)
(1) Residente Psiquiatría Hospital Clínico Salamanca

(2) Médico Psiquiatría Hospital Clínico Salamanca

Resumen

Introducción:

La comorbilidad entre trastorno bipolar con TOC no es frecuente, aunque su asociación dificulta el tratamiento. En los últimos años ha aumentado el número de estudios con el fin de lograr tratamientos más específicos y adecuados.

Objetivos:

Exponer un caso de TOC-trastorno bipolar y realizar revisión bibliográfica de dicha comorbilidad.

Métodos:

Varón de 17 años. Sin antecedentes psiquiátricos de interés hasta que es valorado por psicología por manías, lavado de manos y boca de 1 hora de duración, tics motores. Acude en varias ocasiones al servicio de urgencias por presentar alteraciones conductuales consistentes en heteroagresividad hacia objetos en el domicilio, una rabia que no puede contener en relación a una desorganización de ideas y aceleración del pensamiento, insomnio y menor necesidad de sueño. Derivado al ESM-IJ donde se evidencia episodio maniforme (escala Young 30 puntos). Tratamiento con olanzapina. Mejoría clínica unos meses hasta la reaparición de alteraciones conductuales que precisan ingreso en la Unidad de Hospitalización InfantoJuvenil.

Se objetiva componente obsesivo-compulsivo en forma de comprobaciones, aclaraciones, realización de listas y horarios, que le ocasionan gran pérdida de tiempo; tics motores importantes y miedo a hacer daño a alguien o a sí mismo.

Pauta tratamiento con aripiprazol 10mg/día, sertralina 100mg/día y lormetazepam 2mg/día. Posterior introducción de valproato.

Resultados:

Desaparición de la sintomatología maniforme, así como reducción de la clínica obsesiva, compulsiones y tics, logrando una mejor gestión del tiempo que le permite reincorporarse al curso escolar.

Conclusiones:

Según diferentes estudios cuando el TOC es comórbido con el trastorno bipolar, la edad de aparición es más



temprana, la clínica más severa y responde peor al tratamiento.

La relación entre los síntomas obsesivos-compulsivos y maníacos puede variar en el curso del trastorno bipolar. Hay casos descritos en los cuales los síntomas obsesivos-compulsivos remitieron durante la manía y reaparecieron en la remisión del episodio maníaco.

El tratamiento de elección son los estabilizadores del ánimo.

UTILIZACIÓN TERAPÉUTICA DE LA TETRABENACINA EN SÍNDROME DE TOURETTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

D López Marco (1), F Cardelle Pérez (1), S Andrés Espallardo (1), C Laiz Reverte (2)

(1) Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. CSM Cartagena. Murcia.

(2) Psicóloga Clínica. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. CSM Cartagena. Murcia.

Resumen

Introducción/antecedentes:

La tetrabenacina es una benzoquinolicina sintética con claro y evidente poder antidopaminérgico y, se ha utilizado desde hace años para mejorar los trastornos hiper-cinéticos del movimiento.

Hipótesis y Objetivos: Comprobar la eficacia terapéutica de la tetrabenazina para el control de los tics motores y fonatorios.

Material y Métodos:

Se trata de un preadolescente de 12 años de edad diagnosticado de Trastorno De Gilles de la Tourette que se ha distinguido desde las primeras etapas madurativas por presentar diferentes movimientos anormales, que han ido cambiando, habiendo tenido expresión fonatoria, de movimientos oculares, de cuello e incluso rituales. Siendo esta sintomatología muy persistente y resistente a tratamientos farmacológicos previos. Presenta además, desde el inicio de la escolarización bajo rendimiento escolar siendo evaluado por la Escala de Inteligencia de Weschler para niños obteniéndose un CITotal de 73. Ha presentado sintomatología de características obsesiva y depresiva en el contexto de las dificultades de relación social debida en parte a la presencia predominante de tics

fonatorios y motores. Tras probar diversos tratamientos antipsicóticos (risperidona, pimozide, aripiprazol) ansiolítico (clonacepan) y antidepressivo no se ha encontrado mejoría en cuanto a los tics por lo que iniciamos tratamiento con tetrabenacina.

Resultados: Tras varias semanas de tratamiento el paciente ha mostrado una mejoría sobre todo en el control de tics motores.

Conclusiones: La tetrabenacina podría ser una opción terapéutica para el control de tics motores en el Trastorno por Tourette.

Referencias esenciales:

1. L.J. López del Val, E. López-García, L., Martínez-Martínez, S. Santos-Lasaosa. Utilización terapéutica de la tetrabenacina. *Rev. Neurol* 2009; 48(10): 523-533.
2. Chen JJ, Ondo WG, Dashtipour K, Swope DM. Tetrabenazine for the treatment of hyperkinetic movement disorders: a review of the literature. *CLin Ther.* 2012 Jul; 34(7): 1487-504.

DIFERENCIAS EN EL RENDIMIENTO EN LOS ÍNDICES DE COMPRENSIÓN VERBAL Y RAZONAMIENTO PERCEPTIVO DEL WISC-IV EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL CON TEA VS TDA-H.

C Fresno González, M Elías Abadías, E Pujals Altés, I Gómez Simón, P Novo Navarro, A Herrero Puncernau, C Añaños, S Batlle Vila, E Camprodón Rosanas, LM Martín López

Centro de Salud Mental Infanto Juvenil (CSMIJ) de Ciutat Vella de Barcelona. Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones (INAD) - Parc de Salut Mar.

Resumen

Introducción/antecedentes:

La identificación de patrones cognitivos específicos de un determinado trastorno pueden ser de gran utilidad como información complementaria para el diagnóstico diferencial.

La Escala de Inteligencia de Weschler para niños-IV (WISC-IV) permite el análisis de cuatro índices que com-



ponen el Cociente Intelectual Total (CIT): Comprensión Verbal (CV), Razonamiento Perceptivo (RP), Memoria de Trabajo (MT) y Velocidad de Procesamiento (VP).

En estudios realizados sobre la inteligencia verbal de ambos trastornos se han obtenido resultados que apuntan a un mejor rendimiento por parte de los sujetos con TDA-H en el subtest Comprensión del índice de Comprensión Verbal, dado que los sujetos con TEA presentan déficits en la comprensión y juicio social que no aparecen en el grupo de TDA-H. En cambio los grupos TEA han obtenido puntuaciones superiores frente a los TDA-H en el subtest Semejanzas, que está relacionado con la capacidad de abstracción y formación de conceptos verbales.

El índice de Razonamiento Perceptivo analiza la capacidad de organización visuo-perceptiva y la formación de conceptos no verbales y relaciones lógicas. No hemos encontrado estudios que referan un rendimiento inferior a la media en grupos TEA ni TDA-H, ni diferencias significativas entre los dos grupos.

El estudio comparativo de los perfiles del WISC-IV obtenidos por ambos grupos clínicos nos proporcionará datos sobre las diferencias existentes en el rendimiento de cada grupo con el objetivo de extraer posibles patrones cognitivos de cada trastorno.

Hipótesis y Objetivos:

El objetivo del presente estudio es examinar las diferencias en los perfiles cognitivos de los niños y adolescentes con Trastornos del Espectro Autista y Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad mediante la comparación de los resultados obtenidos en los índices de Comprensión Verbal y Razonamiento Perceptivo del WISC-IV.

Hipótesis:

- El rendimiento global en el índice de CV será inferior en los niños con TEA que en los niños con TDA-H, debido a la alteración del área de la comunicación y el lenguaje en los TEA.
- Se obtendrán diferencias significativas en el subtest Comprensión del índice CV a favor del grupo TDA-H, frente a un menor rendimiento en el grupo TEA.
- Se obtendrán diferencias significativas en el subtest de Semejanzas a favor del grupo TEA.
- No se encontrarán diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en el índice RP entre ambos grupos clínicos.

Material y Métodos:

Se han recogido dos muestras clínicas de sujetos de edades comprendidas entre 6 y 16 años. Una muestra de 45 pacientes diagnosticados de TDA-H según criterios CIE-10. Una segunda muestra de 40 pacientes con diagnóstico de TEA (Autismo, Síndrome de Asperger y Otros trastornos generalizados del desarrollo).

Se ha llevado a cabo la evaluación del perfil cognitivo de cada sujeto mediante los resultados obtenidos en el WISC-IV.

Se ha incluido la información demográfica de edad y sexo.

Los sujetos con CI<70 y/o enfermedades neurológicas asociadas han sido excluidos de la muestra para controlar una posible interferencia de un rendimiento cognitivo inferior.

Resultados y Conclusiones:

Pendientes de la finalización del análisis de los datos.

Referencias esenciales:

1. Zayat M, Kalb L, Wodka EL. Brief report: performance pattern differences between children with autism spectrum disorders and attention deficit-hyperactivity disorder on measures of verbal intelligence. *J Autism Dev Disord*. 2011 Dec;41(12):1743-7.
2. Flanagan, D. P. y Kaufman, A. S. (2006). Claves para la evaluación con el WISC-IV. Madrid. TEA Ediciones.
3. Oliveras-Rentas RE, Kenworthy L, Roberson RB 3rd, Martin A, Wallace GL. WISC-IV profile in high-functioning autism spectrum disorders: impaired processing speed is associated with increased autism communication symptoms and decreased adaptive communication abilities. *J Autism Dev Disord*. 2012 May;42(5):655-64.

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: ESTUDIO DIHANA

Grupo DIHANA: JR Valdizán Usón (Coordinador), A Cánovas Martínez, MT de Lucas Taracena, F Díaz Atienza, LS Eddy Ives, A Fernández Jaén, M Fernández Pérez, M García Giral, P García Magán, M Garraus Oneca,



MÁ Idiazábal Alecha, M López Benito, G Lorenzo Sanz, J Martínez Antón, MÁ Martínez Granero, F Montañés Rada, F Mulas Delgado, G Ochando Perales, E Ortega García, A Pelaz Antolín, JA Ramos Quiroga, FC Ruiz Sanz, J Vaquerizo Madrid, A Yusta Izquierdo.

Introducción / antecedentes:

El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno multifactorial y heterogéneo. La valoración de los diversos factores que influyen en el trastorno permite establecer diferentes perfiles de pacientes con TDAH, tanto desde la clínica como del criterio personal del especialista, pudiendo condicionar la elección del tratamiento e influir en su posible respuesta.

Hipótesis y Objetivos:

Determinar las relaciones entre los tres subtipos del TDAH y diversos factores como los trastornos comórbidos, asociados y otros síntomas presentes al diagnóstico y evaluar cómo estos factores pueden condicionar las características, valoración y evolución de la enfermedad.

Material y Métodos:

Registro retrospectivo de 1055 casos de TDAH diagnosticados entre 1991 y 2008 con un año de seguimiento, provenientes de 25 centros distribuidos en todo el territorio español por expertos en este Trastorno. Se analizará la influencia de distintos factores y los tres subtipos de TDAH según DSM-IV TR, la valoración de la gravedad por parte del médico según la escala de Impresión Clínica Global (ICG), así como la remisión de los síntomas.

Los factores a evaluar serán: antecedentes familiares de TDAH, trastornos comórbidos asociados (ansiedad, negativista-desafiante, aprendizaje, conducta, depresivo, tics y abuso de sustancias), presencia de trastornos asociados según DSM-IV TR (discoordinación motora, disfasia del desarrollo, trastorno de Tourette, epilepsia generalizada,) y los síntomas como insomnio de inicio, enuresis, piernas inquietas, movimientos durante el sueño, sonambulismo, terror nocturno, pesadillas, apatía, anhedonia e inapetencia.

Análisis estadístico: Análisis univariado y multivariado para determinar aquellos factores que se mantienen como independientes al Trastorno, al descontar sus interrelaciones. El estudio epidemiológico DIHANA pretende señalar qué cuadros comórbidos y asociados son depend-

ientes del TDAH, a diferencia de aquellos que aún apareciendo con cierta frecuencia y descritos como resultantes del trastorno no tienen relación clínico-epidemiológica con el mismo.

PERFIL DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON DIAGNOSTICO PREVIO DE EPILEPSIA QUE ACUDE A SALUD MENTAL.

A Maeso Carballo (1), T Lax Pericall (2)

(1) *Psiquiatra. Becaria Fundación Koplowitz. King's College Hospital, Maudsley Hospital, Institute of Psychiatry, London, UK.*

(2) *Psiquiatra. Psiquiatra Adjunta de Psiquiatría Infantil y del Adolescente. King's College Hospital, Maudsley Hospital, London, UK.*

Resumen

Introducción/antecedentes:

Los niños con epilepsias resistentes al tratamiento tienen una alta proporción de comorbilidad psiquiátrica y alteraciones cognitivas. Cuando la epilepsia coexiste con daño cerebral la proporción de enfermedad psiquiátrica es de un 83% 1. Los padres y profesionales suelen estar preocupados por si los problemas del comportamiento que se aprecian en estos niños son consecuencia directa de la epilepsia.

En Reino Unido hay muy pocos centros que ofrezcan un examen multidisciplinar con: neurólogos, pediatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, psiquiatras, profesores y logopedas. Nosotros hemos recogido datos de uno de estos centros (Young Epilepsy) donde ingresan niños y adolescentes de entre 5 y 21 años.

Hipótesis y Objetivos:

Realizar un perfil del paciente pediátrico con diagnóstico previo de epilepsia, que es derivado al servicio de psiquiatría para evaluación clínica.

Material y Métodos:

Realizamos una revisión retrospectiva de casos de todas las admisiones en Young Epilepsy en el 2012, buscando la causa de derivación psiquiátrica, problemas del aprendizaje, dificultades en la comunicación social, y diagnóstico psiquiátrico. Nuestro objetivo era realizar un perfil de los niños derivados para evaluación psiquiátrica que tiene un diagnóstico previo de epilepsia.



Resultados:

13 niños fueron ingresados en Young Epilepsy y 9 de ellos fueron derivados para evaluación psiquiátrica (año 2012). El porcentaje hombre/mujer fue similar, 55.5% fueron hombres una edad media 13.26 (3.94 SD) años. La mayoría de las derivaciones fueron por problemas conductuales (22.2%) o problemas conductuales con/sin otra sintomatología psiquiátrica (66.6%), seguido de alteraciones del estado de ánimo (22.2%) y evaluación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (11.1%). Todos los niños que fueron derivados para evaluación de sintomatología autística tenían además problemas conductuales. Toda la muestra tenía algún grado de problemática del aprendizaje que mayoritariamente se encontraban en el rango de moderada a severa (baja 33.3%; moderada 11.1%; moderada-severa 22.2%; severa 33.3%). Así mismo, se apreciaron dificultades en la comunicación social en un 88.9%. El diagnóstico principal fue trastorno del espectro autista (TEA) (22.2%) o TEA con/sin trastorno afectivo con/sin TDAH (44.4%), seguido de no diagnóstico psiquiátrico 22.2%, episodio depresivo 11.1%, TDAH 11.1% o diagnóstico no concluyente en un 11.1% 2.

Conclusiones:

El perfil de los niños con diagnóstico previo de epilepsia que son derivados para evaluación psiquiátrica es un niño o niña de entre 9 a 17 años, con problemas conductuales con/sin otra sintomatología psiquiátrica, que también tiene problemas para el aprendizaje y dificultades para la comunicación social.

El diagnóstico principal es TEA con/sin otra enfermedad mental concomitante, y en un nivel importante la evaluación psiquiátrica es no concluyente o no tiene diagnóstico psiquiátrico siendo su sintomatología consecuencia de su epilepsia.

Estos resultados difieren de la bibliografía publicada, en la cual el trastorno psiquiátrico más frecuente en población pediátrica con epilepsia es el TDAH 3.

Referencias esenciales:

1. McLellan A., Davies S., et al. Psychopathology in children with epilepsy before and after temporal lobe resection. *Dev Med Child Neurol.* 2005 Oct;47(10):666-72.
2. DSM-IV-TR, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 4th Edición, texto revisado. American Psychiatric Association.

3. Garcia-Morales I., De la Peña Mayor P., Kanner A.M. Psychiatric Comorbidities in Epilepsy: Identification and Treatment. *The Neurologist.* 2008; Vol 14: 65: S15-S25

TRANSAMINASAS Y HORMONAS TIROIDEAS ELEVADAS EN RELACIÓN A METILFENIDATO

F Cardelle Pérez (1), D López Marco (1), S Andrés Espallardo (1), C Laiz Reverte (2)

(1) Psiquiatra, CSMIJ Cartagena

(2) Psicóloga Clínica, CSMIJ Cartagena

Resumen

Introducción/antecedentes: Según las guías clínicas, no resulta necesaria la monitorización de tratamiento con metilfenidato por medio de analíticas seriadas.

Hipótesis y Objetivos: Plantear posibilidad de aumento de transaminasas y hormonas tiroideas de forma concomitante al uso de metilfenidato.

Material y Métodos: Aparición en varón de 12 años de edad con diagnóstico de TDAH subtipo inatento que a los tres meses de inicio de tratamiento farmacológico con metilfenidato a dosis estándar en analítica de rutina se aprecia aumento moderado de transaminasas así como de hormonas tiroideas previamente dentro de normalidad (AAT 57, TSH 6.830). En este caso no aparecieron síntomas físicos que pudiesen orientar hacia daño hepático (ictericia, astenia, dolor hipocondrio derecho...), ni de hipotiroidismo en relación al analítico (astenia, aumento de peso, embotamiento, incremento de déficit de atención(al contrario en este ítem)). Dado lo expuesto se planteó detener el tratamiento desde Atención Primaria.

Resultados: Tras interrupción de tratamiento y nueva analítica se evidenció normalización de los niveles de las mismas.

Conclusiones: Si bien según las guías clínicas actuales no se recomienda de rutina la realización de analíticas durante el uso de metilfenidato, plantear no sólo en el caso de la atomoxetina hay que tener en cuenta la posibilidad de que se produzca un aumento en transaminasas, que puede tener relevancia clínica o no.



TRICOTILOMANÍA COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA EN TDAH

F Cardelle Pérez (1), D López Marco (1), S Andrés Espallardo (1), C Laiz Reverte (2)

(1) Psiquiatra, CSMIJ Cartagena

(2) Psicóloga Clínica, CSMIJ Cartagena

Resumen

Introducción/antecedentes: En el TDAH, la comorbilidad se admite como de una frecuencia elevada en la clínica.

Hipótesis y Objetivos: Considerar la sintomatología subyacente de TDAH desde una presentación atípica.

Material y Métodos: Varón de 13 años de edad que acude a consultas en CSMIJ por presentar Tricotilomanía acusada, con áreas alopecicas notables de forma secundaria. En el tiempo transcurrido entre las primeras entrevistas surgen episodios compatibles con Ataques de Pánico, por lo cual se procede a pauta con ISRS (de inicio Fluoxetina retirada por acatisia, posteriormente Sertralina 50 mg). El Trastorno de Angustia remite, sin embargo continúan los episodios de tricotilomanía tras leve período de mejoría, por lo que tras un período de discontinuación de consultas vuelve a acudir al centro. De inicio se plantea aumento de dosis de ISRS, duplicándola sin cambios significativos (100mg). Dado que se encuentra estabilizado de su cuadro ansioso, se puede entonces realizar una exploración más exhaustiva del caso, planteando comorbilidades, previa a otra consideración farmacológica.

Se aprecia inquietud motriz en entrevistas, admitiendo sensación subjetiva de tener que moverse y “hacer algo” continuamente, así como actividad de manos y pies. Rasgos inatentos de larga evolución al ser preguntado al respecto el niño y sus padres, no sólo en lo académico sino también en su vida diaria. Se realiza historia retrospectiva, considerando situación desde neurodesarrollo y etapa preescolar, existiendo síntomas de sobreactividad, impulsividad e inatención, habiendo ido siendo menos apreciables con el paso de los años los primeros, y permaneciendo los siguientes. Si bien hasta el momento no había presentado desfase curricular, estaba ya presente en el momento de la reacogida (posibles mecanismos de sobrecompensación / hiperfocalización dada su capacidad cognitiva). Se solicita informe a Equipo de Orientación

Psicopedagógico, que confirma sintomatología y devuelve impresión de CI normal mediante WISC-IV, sin diferencias significativas pero menor memoria de trabajo respecto a los otros índices.

Resultados:

Se realiza diagnóstico comórbido de TDAH, tipo combinado, según DSM-IV, con la consiguiente devolución al EOEP de cara a asegurar el apoyo escolar y entrenamiento a padres. Manteniendo por el momento la Sertralina, se introduce de forma escalonada metilfenidato OROS hasta los 54 mg. Se produce una remisión parcial sintomática de inatención, así como se reducen drásticamente las conductas de tricotilomanía. El niño supera el curso académico después de haber suspendido múltiples asignaturas durante la primera y en menor medida segunda evaluación. Se procedió a retirada de Sertralina coincidiendo con etapa de fin de exámenes, manteniéndose el metilfenidato OROS.

Conclusiones: Considerar desde la comorbilidad amplia del TDAH posibles casos de presentación atípica. En este caso, con un Trastorno de Angustia y Tricotilomanía. Anecdóticamente, comentar que existen comunicaciones de casos de alopecia inducida por metilfenidato.

PANDAS EN LA NIEBLA

F Cardelle Pérez (1), D López Marco (1), S Andrés Espallardo (1), C Laiz Reverte (2)

(1) Psiquiatra, CSMIJ Cartagena

(2) Psicóloga Clínica, CSMIJ Cartagena

Resumen

Introducción/antecedentes: La denominación sindrómica PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcus), permanece como objeto de discusión en la literatura.

Hipótesis y Objetivos: Exponer un caso de TOC de presentación brusca e incapacitante en un adolescente, en el que se hallaron criterios de PANDAS.

Material y Métodos: Adolescente de 13 años de edad que acude por presentar compulsiones (lavado de manos), que inicialmente las refiere como aisladas, pero después las relaciona con ideas obsesivas de contaminación, de-



sarrollándose en cuadro inicialmente banal con rapidez hacia estado incapacitante a nivel académico y social, y rango próximo a ideas delirantes con repercusión conductual. Se aprecia indiferencia afectiva relativa respecto a los fenómenos. Niegan antecedentes personales ni familiares, pese a inquirirse exhaustivamente. Se procede a pauta farmacológica (Sertralina hasta 100 mg de inicio, añadiéndose Aripiprazol dado deriva del caso, a 10 mg; con una mejoría parcial, coincidiendo con etapa estival). Se solicita analítica general incluyendo Tiroideas perfil hepático, ceruloplasmina y ASLO; así como EEG y Neuroimagen.

Resultados:

EEG, Neuroimagen dentro de normalidad. En analítica destacan niveles muy elevados de ASLO (1102), en el lapso entre dos consultas desde atención primaria se trató con Antibióticos cuadro de infección de vías respiratorias altas con Amoxicilina. Se aprecia más sintónico, negando ideación previa, si bien familia comenta continúan compulsiones aunque en menor medida, así como a nivel conductual se deduce continúa cierto grado de ideas de contaminación, que al ser confrontadas reciben un relato de crítica pero inconsistente, vislumbrándose todavía componentes bizarros en las mismas. Se procede a derivación para nueva analítica ASLO y en su caso tratamiento de infección por Streptococo B- Hemolítico del grupo B. El caso cumple los criterios generales para PANDAS.

Conclusiones: Recomendamos realizar petición de ASLO en todo caso de síntomas TOC o Tics de presentación atípica, ya sea por inicio brusco o incapacitante, o por clínica inhabitual, especialmente si hay evidencias de infección de vías respiratorias altas. Es conveniente preguntar acerca de cuadros de infección de vías altas concomitantes o previos, dado que en algunos casos los títulos pueden mantenerse elevados hasta 6 meses después de la infección. La importancia de lo expuesto es que el abordaje terapéutico y pronóstico pueden diferir.

TR. NEUROPSIQUIÁTRICO E INFECCIÓN POR ESTREPTOCOCO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

N Ribes Alcover (1), S Garcia Chulbi (1), M Real López (2), C Ramos Vidal (3)

(1) Médico Interno Residente de Psiquiatría Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.

(2) Psiquiatra. Coordinador del Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.

(3) Psiquiatra del Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.

Resumen

Introducción:

Los trastornos neuropsiquiátricos autoinmunes ligados a infección por estreptococos con una prevalencia de un 1% en población general más frecuentes en niños de 6 a 8 años y varones, con una correcta identificación y tratamiento combinado con antibiototerapia y psicofármacos, presentan muy buen pronóstico. El mayor problema es llegar a la identificación de esta entidad debido a la variedad de síntomas neuropsiquiátricos que pueden presentar estos pacientes en su debut y evolución, que pueden hacer expandir el abanico de posibilidades formuladas en cuanto al diagnóstico diferencial.

Caso clínico:

Presentamos un caso de un varón de 10 años, con diagnóstico de TDA y sospecha de Sdr. Tourette, sin antecedentes médicos de interés. Con antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica uno de ellos en tratamiento con litio y la otra con TDAH. Presenta asociados otros síntomas neuropsiquiátricos en su debut como son fluctuaciones del estado de ánimo que oscilan desde sensación subjetiva de pensamiento acelerado a la sintomatología depresiva con labilidad intensa y síntomas obsesivos y tics motores. Conjuntamente con la historia clínica y las pruebas complementarias en las cuales se observaron niveles de ASLO que superaban el límite alta del intervalo de normalidad, se determina la concomitante infección por Estreptococo, como responsable último de los diferentes episodios fluctuantes, estabilizándose con tratamiento con penicilina y psicofármacos como aripiprazol o risperidona.

Discusión y Conclusiones:

Debido a la complejidad, como a la variedad de sintomatología neuropsiquiátrica, es determinante realizar un completo abordaje del paciente con el fin de identificar en este caso el trastorno neuropsiquiátrico autoinmune



asociado a infección estreptocócica correctamente ya que esto favorecerá la optimización del tratamiento mediante la asociación de antibiótico y del tratamiento psicofarmacológico convencional, dependiente de la sintomatología predominante en cada momento.

PSICOEDUCACIÓN PARA PADRES: HÁBITOS SALUDABLES

MA Merlos Sánchez (1), MC Lozano Latorre (2), A Villegas Oliva (3), N Lahoz Grañena (4)

(1) Enfermera, Especialista en Salud Mental. Unidad de Salud mental Infanto- juvenil (USMI-J) del Complejo Hospitalario Torrecárdenas de Almería.

(2) Enfermera especialista en Salud Mental de la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC), Almería.

(3) Psicóloga clínica, USMC, Almería

(4) Terapeuta ocupacional hospital de día, Psicóloga, USMI-J, Almería.

Resumen

Introducción/antecedentes:

Integral de nuestros pacientes, se han observado déficit en hábitos saludables y dificultades para la crianza. Estos se deben, en la mayoría de los casos, En la práctica diaria de la consulta de Unidad de Salud Mental infanto-juvenil, al abordar la atención tanto a falta de conocimientos como a pautas educativas inadecuadas de los padres.

Por este motivo en la USMI-J de Almería iniciamos en mayo de 2006 un Programa Psicoeducativo de entrenamiento en hábitos saludables, para los padres de pacientes menores de 6 años. Como complemento terapéutico.

El Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA 2008-2012) y el Plan de Atención a la Salud Mental de la Infancia y Adolescencia de Andalucía (PASMIA 2010) plantean que es necesario realizar actividades formativas y divulgativas dirigidas a madres y padres, orientadas a la promoción de salud y la prevención de la enfermedad Mental.

Debido a esto y a sugerencia de los padres, a partir de 2010, este programa se empezó a llevar también en atención primaria.

Objetivos:

- Valorar el sexo y el parentesco con los pacientes de los asistentes al programa.

- Valorar el sexo de los pacientes.
- Objetivos del programa Psicoeducativo:
- Informar y orientar a los padres en hábitos saludables.
- Prevenir las patologías derivadas de hábitos inadecuados.
- Dotar a los padres de las habilidades necesarias para potenciar y mejorar la autonomía y autoestima de los hijos.

Material y Métodos:

Estudio descriptivo del sexo y parentesco con el paciente de los asistentes al programa y del sexo de los pacientes.

Estructura del programa

El programa está distribuido en 6 sesiones

Las sesiones serán semanales con una duración de 90 minutos.

El número de padres será de 10 a 15, siendo aconsejable que acudan ambos padres, así como los abuelos si son cuidadores habituales.

Estructura de cada sesión

Primera parte de exposición: Fisiología, fases de desarrollo, evolución de las necesidades, normas básicas rutinas y límites adecuados, consejos teniendo en cuenta el momento evolutivo del niño.

Después Trabajo grupal donde se ensaya como llevar esas pautas adelante con las peculiaridades de cada niño y donde se ponen en común los resultados de los objetivos que se han marcado cada uno en la sesión anterior.

Contenido de las sesiones: Pautas educativas. Normas y límites, Alimentación, Sueño. Control de esfínteres. Lenguaje y Autonomía.

Resultados:

El número de sesiones en la USMI-J desde mayo del 2006 ha sido de 81.

Se han atendido a 100 familias.

Las madres han participado en todos los grupos, acompañadas en un 48% por los padres.

También han acompañado a las madres 9 abuelas y 1 abuelo que eran cuidadores habituales de los pacientes.

Conclusiones:

Instaurar en estos niños tan pequeños unas rutinas diarias saludables de sueño y alimentación con pautas educativas que combinen el cariño, la paciencia y la firmeza permite que los pacientes mejoren su autonomía y su



autoestima. Así mismo es parte del programa terapéutico de los pacientes. Plantearlo de forma grupal permite abordarlo de forma más profunda, y compartirlo con otros padres que tienen esos mismos problemas les ayuda al aprendizaje y al cambio.

Las madres se han implicado más en el aprendizaje de nuevas estrategias para la crianza de sus hijos, siempre han participado, excepto en 2 casos en que alternaban su asistencia ambos progenitores. Lo habitual era que el padre acompañara a la madre sobre todo en las sesiones en las que se abordaban los temas en los que tenían mayores dificultades con sus hijos.

Ha sido muy interesante la participación de ambos progenitores, así como de las abuelas y el abuelo para poder ayudar a unificar las pautas.

Referencias esenciales:

1. Valmisa Gómez de Lara, Eulalio (coordinador) II PISMA (Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012). Servicio andaluz de salud.
2. Sánchez García, Lourdes (Coordinadora) PAS-MIA (Programa de atención a la salud mental de la infancia y adolescencia) (2010) Servicio andaluz de salud.
3. Domínguez Domínguez, Geysa; Herrera Santí, Patricia María y González Corbo, Zunilda. Una propuesta de intervención educativa en Escuelas de Padres,
4. Jiménez Barbero, J. A; Pérez García, M; Fernández Galindo, F. J; Díaz García, Alternativa psicofamiliar al tratamiento precoz de los problemas de conducta: la escuela de padres.
5. Brown, Thomas E. Trastorno por déficit de atención. (2003)
6. McCloskey, Joanne C.; Bulechek, Gloria M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) (NIC) (1999)
7. Johnson, Marion; Bulechek, Gloria; McCloskey Dochterman, Joanne; Maas, Meridean; Moorhead, Sue; Diagnósticos enfermeros, Resultados e Intervenciones, Interrelaciones NANDA, NOC y NIC (2003).
8. Moorhead, Sue; Johnson, Manon; Maas, Meridean; Clasificación de resultados de enfermería (NOC) (2006).
9. Vallejo Ruiloba, J. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. (2006),

10. Orjales Villar, Isabel. Déficit de Atención con hiperactividad.
11. Guía para la salud infantil en Atención Primaria. (1990).
12. Ducuara-Mora PE. Consideraciones sobre la incompetencia infantil y la adopción de hábitos alimentarios saludables. Rev CES Med 2011; 25(2):153-168
13. Estivill, Eduard. Duérmete niño. (2004).
14. Estivill, Eduard y Doménico, Montse. Normas para enseñar a comer a los niños. (2005.S.
15. Bluma, M. Shearer, A. Frohman y Hilliard, J. Guía Portage de Educación Preescolar. (1995)
16. Garber, Stephen; Garber, Marianne; Spyzman, Robin. Portarse bien: Soluciones prácticas para los problemas comunes de la infancia.
17. López, J. ¿Es saludable la relación abuelos-nietos para los niños?
18. Campos, Cecilia; Márquez, Francisca; Lucchini, Camila .El teléfono como apoyo a los padres en la crianza de sus hijos: una contribución de enfermería
19. Anchante Bejarano, Gabriela; Burgos Ugaz, Luz Maribel; Tarazona Ramos, Sandra Elizabeth; Ahumada Ledesma, Elizabeth. Conocimiento sobre autismo y cuidados del niño en una asociación de padres de familia
20. López-Rodas, José; Alvarado-Broncano, Bruno; Huerta-Lovaton, Beltrán Conocimientos y actitudes de los padres acerca del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en un colegio de Independencia, Lima, Perú.
21. Becerra, Sara; Roldán, Walter; Aguirre, Maribel; Adaptación del cuestionario de crianza parental (pcri-m) en Canto Grande.
22. EUA. Department of Health and Human Services. Podemos: cómo las familias encuentran el equilibrio: un manual para los padres de familia

PSICOPATOLOGÍA Y ADOPCIÓN A TRAVÉS DEL APEGO: A PROPÓSITO DE TRES CASOS

*B Quintana**, *H Fernández-Garcimarán***, *JC Espín****
**PIR, AGC Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Universitario 12 Octubre.*
***MIR, AGC Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Uni-*



versitario 12 Octubre.

***Médico Psiquiatra, AGC Psiquiatría y Salud Mental.
Hospital Universitario 12 Octubre.

Introducción/antecedentes: Se ha señalado frecuentemente una mayor demanda de consulta de niños y adolescentes en salud mental, especialmente por problemas emocionales, de conducta y TDAH.

Hipótesis y objetivos: Mostrar la relación entre las dificultades de apego según la edad de adopción y la sintomatología clínica presentada a través de tres casos clínicos. En un estudio longitudinal comparando niños adoptados a los 4 meses con niños adoptados con más de 8 meses, se vio un mayor porcentaje (11 % frente al 52 %) de apego inseguro.

Material y métodos: *Caso 1:* Mujer de 14 años adoptada a los 2 años y siete meses. Clínica de ansiedad y episodios de heteroagresividad hacia sus padres, baja tolerancia a la frustración e inestabilidad emocional, recibiendo el D(x) de Tr. Disocial con dinámica familiar alterada.

Caso 2: Varón de 14 años. Adopción a 17 meses de edad. Presenta alteraciones de la conducta, impulsividad, agresividad en entorno doméstico y baja tolerancia a la frustración. D(x) TDAH.

Caso 3: Mujer 14 años. Adoptada con 2 años. Clínica compatible con TDAH y conducta desafiante en casa y en el colegio. D(x): Tr. De adaptación y habilidades sociales con d(x) previo de TDAH.

Resultados: Los casos expuestos presentan alteraciones descritas por Bowlby como resultado de dificultades en la formación de un lazo materno infantil en los tres primeros años, estas manifestaciones incluían: falta de respuesta emocional adecuada y despreocupación, marcada distractibilidad o posibles actos disociales.

Discusión: Por lo expuesto planteamos la necesidad de valorar la edad de adopción como factor de vulnerabilidad a ciertos síntomas clínicos.

Conclusión: La historia vincular y psicobiográfica se postula como de vital importancia en los niños adoptados, tomando en cuenta la edad de adopción, la estancia en instituciones, así como el número de cuidadores pri-

marios que han tenido hasta el momento de evaluación.

Referencias esenciales:

1. Yarrow, 1965 en 1.- Singer, Brodzinsky y Ramsay. 1985. "Mother-Infant attachment in Adoptive Families". *Child development*, 56.
2. Weitzman C, Albers L. "Long-term developmental, behavioral, and attachment outcomes after international adoption." *1. Pediatr Clin North Am.* 2005 Oct;52(5):1395-419, viii.
3. Román M, Palacios J, Moreno C, López A. "Attachment representations in internationally adopted children." *1. Attach Hum Dev.* 2012;14(6):585-00.doi:10.1080/14616734.2012.727257

MEDICINAS ALTERNATIVAS EN PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

J Martín Carballeda (1), SM Bañón González (2), NE Chinchurreta de Lora (3)

- (1) F.E.A. Psiquiatra Infanto-Juvenil CSM de Alcorcón.
- (2) MIR Psiquiatría Hospital Universitario de Móstoles.
- (3) F.E.A. Psiquiatra Sanatorio Doctor Esquerdo.

Resumen

Introducción/antecedentes: El tratamiento de los trastornos psiquiátricos de los niños y adolescentes es un reto para la práctica clínica diaria. Una vez realizado el diagnóstico, el médico debe tomar una decisión fundamental: cómo tratar ese trastorno y de qué forma hacerlo en cada paciente. La elección terapéutica encierra una especial complejidad en el caso de los niños, ya que se tienen que tener en cuenta factores como la edad del paciente, su desarrollo cognitivo y emocional, las circunstancias personales y sociales y la eficacia de los tratamientos disponibles para cada trastorno.

La medicina tradicional que se practica en los países occidentales se basa en el método científico. La validez de una teoría se determina mediante la experimentación. Medicina alternativa o medicina natural son términos que designan las distintas formas de tratamiento o prevención ("terapias") de enfermedades cuyos métodos y eficacia no se basan en el conocimiento médico convencional, empleados con el fin de curar a las personas y que carecen de denominador común, excepto la falta de evidencias científicas de su eficacia y cuya efectividad no ha sido probada consistentemente. Tales procedimientos no



están reconocidos institucionalmente en la gran mayoría de los países.

En consonancia con estudios previos, el Centro para el Control de Enfermedades (CDC) estadounidense informó recientemente que la mayoría (54,9%) de los estadounidenses usaban la medicina alternativa en conjunción con la convencional.

La medicina convencional considera que una buena parte de la eficacia atribuible a muchas terapias alternativas es debida al poder de la sugestión.

Hipótesis y Objetivos: Una importante objeción a la medicina alternativa es que se practica en lugar de los tratamientos médicos convencionales. Siempre que los tratamientos alternativos se usen junto con los tratamientos médicos convencionales, la mayoría de los médicos hallan la mayor parte de la medicina complementaria aceptable.

Material y Métodos: Búsqueda y revisión bibliográfica de las principales terapias alternativas (reiki, focusing, mindfulness, método tomatis) disponibles en el momento actual.

Resultados: Según las estadísticas, hay un incremento del uso de terapias de medicina alternativa en los niños. En los últimos años este aumento se ha dado sobre todo con más incidencia en los niños que padecen algún tipo de enfermedad crónica y que pertenecen a familias de recursos económicos medios con un bajo nivel cultural. La ausencia de estudios sobre su respuesta a estos tratamientos y las posibles consecuencias secundarias recomiendan ser precavidos.

Las medicinas alternativas suelen enfocar el tratamiento del paciente como un todo, en lugar de centrarse en un trastorno o enfermedad concreta. La necesidad de ver al paciente en su conjunto y de considerar el impacto de los factores sociales, ambientales y del estilo de vida en la enfermedad no son conceptos nuevos en psiquiatría.

Conclusiones: Las medicinas alternativas por sí solas no se consideran el tratamiento idóneo para el tratamiento de niños y adolescentes con patologías psiquiátricas (trastornos de conducta, ansiedad, TDAH, ...), pero si se consideran en combinación con tratamientos convencionales, su uso puede ser adecuado para muchas de estas patologías. Una frase clave para resumir el tema de las

medicinas alternativas es: “Somos un todo y no una parte, la patología, ante todo somos una persona”.

Referencias esenciales:

1. Tomatis, A.A. “El oído y el lenguaje”. Ediciones Marinez Roca, S.A., Barcelona, 1969
2. Doi, Hiroshi (2000). *Iyashi no Gendai Reikiho*. Método moderno de Reiki para la curación. Uriel Satori Editores.
3. Gendlin, E. *El focusing en psicoterapia*. Manual del método experiencial. Ed. Paidós, Barcelona, 1999.
4. Simon, V. “Mindfulness”. Ed. Sello, 2011.

MODIFICACIONES DIAGNOSTICAS EN RELACION A LOS NUEVOS CRITERIOS DSM. ESTUDIO DESCRIPTIVO

EM Castells Bescós (1), E Avanesi Molina (2), A Garrido Beltrán (1), I Hernández Otero (3)

(1) Residente de psiquiatría. Unidad de Gestión Clínica de Psiquiatría. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

(2) Médico Especialista en Psiquiatría. Hospital Quirón. Málaga.

(3) Médico especialista en psiquiatría. Unidad de gestión clínica de Psiquiatría - Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Resumen

Introducción/antecedentes: La definición de autismo es hoy en día algo controvertida debido a la gran heterogeneidad que encontramos en las características que muestran las personas que padecen este trastorno. Según el manual DSM-IV-TR, el trastorno autista se encuadra dentro de lo que denominamos Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), debe presentarse antes de los tres años y presentar dificultades en estas tres áreas: Alteración cualitativa de la comunicación, Alteración en la interacción social y Alteración en los patrones de comportamiento, con intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados. (DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Masson 2002). En el borrador de la revisión de la clasificación diagnóstica (DSM-V) se revisa dicha categoría, agrupándose todos los cuadros clínicos bajo el nombre



de Trastornos del Espectro Autista (TEA), y debiendo cumplir para el diagnóstico TODOS los criterios que a continuación enumeramos:

- A. Déficits persistentes en la comunicación y en la interacción social en diversos contextos no atribuibles a un retraso general del desarrollo
- B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades repetitivas manifestadas al menos en dos de cuatro puntos.
- C. Los síntomas deben estar presentes en la primera infancia pero pueden no manifestarse hasta que las exigencias sociales excedan las capacidades limitadas
- D. La conjunción de síntomas limita y discapacita para el funcionamiento cotidiano. (www.dsm5.org/)

Método y objetivo: Realizamos una revisión de los criterios diagnósticos de 40 pacientes con diagnóstico de TGD, en seguimiento en nuestra Unidad, con el objetivo de delimitar el número que seguiría cumpliendo criterios diagnósticos según DSM-V. Los datos han sido analizados de forma cualitativa.

Resultados: Se revisaron un total de 40 pacientes seleccionados de manera aleatoria, que realizaban seguimiento en nuestra Unidad. La media de edad era de 10 años. Del total de pacientes 35 eran varones y 5 eran mujeres. Según los criterios diagnósticos DSM IV, 16 de ellos eran TGD (40%), 14 TGD sin especificar (35%) y 10 Sdm. Asperger (25%). No habían recibido tratamiento grupal 8 de ellos y solo 6 familias no habían asistido a sesiones psicoeducativas. Según los criterios DSM V 15 pacientes del total no cumplirían criterios de TEA (38%), 4 tenían un diagnóstico de S. de Asperger (27%) y 11 de TGD no especificado (73%). De estos 15 pacientes, 3 habían recibido Atención Temprana y 11 apoyo a nivel escolar en modalidad B de escolarización, con apoyo logopédico en 8 de estos 11 menores.

Conclusiones:

Los Trastornos Generalizados del Desarrollo son cuadros heterogéneos que de forma general provocan grave afectación social, familiar y escolar, y cuyo pronóstico puede variar ampliamente en función de la intervención realizada. El objetivo de las clasificaciones diagnósticas es agrupar síntomas para mejorar la comunicación interprofesional, y delimitar abordajes específicos, así como

estructurar recursos sociales y escolares.

Según el borrador de la Clasificación DSM-V en nuestra muestra de 40 pacientes un 38% de los pacientes no cumplirían los criterios del diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo. Aunque se trata de un estudio piloto, con un tamaño muestral limitado, y basado en datos obtenidos de historia clínica, los resultados indican que un número importante de menores pueden mostrar sintomatología compatible con dicho diagnóstico sin reunir criterios suficientes para emitirlo. Esto podría suponer un menor acceso a intervención en dispositivos de Atención Temprana y limitaciones para recibir apoyo psicopedagógico, siendo ambas las intervenciones que tienen mayor repercusión en la evolución favorable de este trastorno. Asimismo, dichos pacientes podrían no beneficiarse de apoyos sociales, al no reunir todos los criterios para emitir un diagnóstico.

Referencias esenciales:

1. McPartland JC, Reichow B, Volkmar FR. Sensitivity and specificity of proposed DSM-5 diagnostic criteria for autism spectrum disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012 Apr;51(4):368-386
2. Lord C, Jones RM. Annual research review: re-thinking the classification of autism spectrum disorders. *J Chil Psychol Psychiatry.* 2012 May;53(5):490-509

TRASTORNO DE TICS: EVALUACION CLINICA DE 12 CASOS.

EM Castells Bescós (1), A Garrido Beltrán (1), E Avanesi Molina (2), I Hernández Otero (3)

(1) Residente de psiquiatría. Unidad de Gestión Clínica de Psiquiatría. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

(2) Médico Especialista en Psiquiatría. Hospital Quirón. Málaga.

(3) Médico especialista en psiquiatría. Unidad de gestión clínica de Psiquiatría - Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Resumen

Introducción/antecedentes: Los tics son el trastorno del movimiento más frecuente en la infancia. Dentro



del trastorno de tics se encuentran los trastorno de tics transitorios, trastorno de tics crónicos motores o fonatorios, Síndrome de Gilles de la Tourette (ST) y trastornos de tics sin especificación. Desde hace unos años se ha evidenciado que algunos trastornos, fundamentalmente el Déficit de atención con hiperactividad (TDHA) y el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se asocian frecuentemente con tics.

Hipótesis y Objetivos: El objetivo de nuestro estudio es la valoración clínica de una muestra de pacientes con diagnóstico de trastorno de tics según los criterios DSM-IV TR, comparando nuestros resultados con los obtenidos en otros estudios.

Material y Métodos: Estudio de una muestra de 12 pacientes seleccionados en un corte transversal, que realizaban seguimiento en nuestra unidad con el diagnóstico de trastorno de tics de acuerdo a los criterios descritos en el DSM-IV TR. Los datos han sido analizados de forma cualitativa.

Resultados: Del total de 12 pacientes, 8 eran varones (67%) y 4 mujeres (33%). La edad promedio de inicio de los tics se sitúa alrededor de los 8 años. En nuestra muestra seis pacientes están diagnosticados de Sdm de Gilles de la Tourette (50%), cuatro de Tics crónicos y dos de tics transitorios. En general la localización del primer tic es muy variable pero la mayoría de los pacientes presentó un tic motor (92%) y la mayoría tics motores simple de localización facial. Siete pacientes presentaron tic vocal (58%), de ellos seis casos eran ST y en estos, tres casos fueron tics complejos (coprolalia, silbido). Solo un paciente presentó únicamente un tic vocal (carraspeo). En un 8 de los casos (67%) existía comorbilidad con TDHA y en dos casos con TOC (17%). En un 75% de los casos existían dificultades escolares.

Conclusiones: Al igual que en otras muestras la edad media de aparición de los tics es alrededor de los 7 años siendo más frecuente en varones. El tic inicial más frecuente es el motor simple de localización facial. La mitad de nuestra muestra corresponde a Síndrome de Gilles de la Tourette siendo el diagnóstico más frecuente. La comorbilidad con TDHA se ajusta a la de otras muestras mientras que solo dos casos tiene diagnóstico de TOC probablemente por ser más difícil distinguir los síntomas

de los tics complejos y tratarse de una muestra pequeña. Estos trastornos asociados generan unas dificultades escolares que interfieren en la adquisición de las capacidades adaptativas e interpersonales apropiadas para su edad e incluso dichos trastornos asociados tiene mayores consecuencias sobre el individuo que los propios tics.

Referencias esenciales:

1. Teive H, Germinianr F, Coletta M, Werneck L. Tics and Tourette syndrome. Clinical evaluation of 44 cases. *Arq Neuropsiquiatr* 2001; 59(3-B): 725-728
2. Fernández-Alvarez. Trastornos comórbidos relacionados con los tics. *Rev Neurol* 2002;34:S22
3. Christopher Kenney MD; Sheng-Han Kuo MD. Tourette's syndrome. *Am Fam Physician*. 2008;77(5):651-658

CONTROLANDO LOS EFECTOS ADVERSOS DEL TRATAMIENTO CON PSICOESTIMULANTES EN EL TDAH INFANTO-JUVENIL.

F Modrego Aznar (1), PM Ruiz Lázaro (2), MT Cortina Lacambra (3), M Zapata Usábel (4)

(1) Enfermera de Consultas de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

(2) Profesor Asociado de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Zaragoza. Psiquiatra. Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

(3) Psiquiatra. Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

(4) Profesora Asociada de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Zaragoza. Psiquiatra y psicólogo. Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

Resumen

Introducción/antecedentes:

La prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en España se sitúa en torno al 5% de los niños en edad escolar y representa entre un 20 y un 40% de las consultas en los Servicios de Salud Mental Infantil.

Los psicoestimulantes son los fármacos más eficaces en mejorar las alteraciones del comportamiento, la integración social y el rendimiento académico. Como todos



los fármacos, no están exentos de efectos secundarios.

La evidencia científica recomienda realizar un examen físico a los pacientes, al inicio del tratamiento y de forma periódica, que incluye peso, talla, frecuencia cardiaca (FC) y tensión arterial (TA), además de electrocardiograma si presentan patología cardiaca.

Hipótesis y Objetivos:

Detección precoz de efectos secundarios asociados al uso de psicoestimulantes: cefalea, insomnio, vómitos, pérdida de peso, taquicardia y aumento de la presión arterial.

Material y Métodos:

Durante 2012, se han revisado 166 pacientes que representan el 10% del total de los atendidos por TDAH. Para el registro de los pacientes, se utilizó la hoja de control diseñada para ello anotando peso, talla, TA y FC, al inicio de tratamiento y/o en cada consulta sucesiva con el psiquiatra.

Según los resultados, y de acuerdo con la edad y percentiles, al paciente se le modifica la dosis de psicoestimulante y/o es derivado a Pediatría o A. Primaria.

Resultados:

Los efectos adversos afectaron al 20,48% de los niños y/o adolescentes revisados. Presentaron disminución de peso e Índice de Masa Corporal, 22 pacientes (13,33%); aumento de FC, 10 (6,60%) y aumento de TA, 2 pacientes (1,21%).

Conclusiones:

A la vista de los resultados, parece necesario ofrecer control y seguimiento de los efectos secundarios, a los niños y/o adolescentes con tratamiento psicoestimulante.

Referencias esenciales:

1. Szerman N. TDAH en la adolescencia. 50 preguntas orientativas para reconocer y tratar el TDAH. Madrid. Draft Editores 2008; 3-5.

CARACTERÍSTICAS COGNITIVAS DEL SÍNDROME DE RIESGO PARA LA PSICOSIS EN UNA MUESTRA INFANTO-JUVENIL.

A Sintés Estévez (1), J Tor Fabra (2), O Puig Navarro (2), C Espelt March (2), D Muñoz Samons (3), M Rodri-

guez Pascual (4), M Carulla Roig (5), M Espadas Tejerina (6), E de la Serna Gómez (7), M Pardo Gallego (8), B Sánchez Fernández (9), M Dolz Abadia (10), I Baeza Pertegaz (11)

(1) Psicóloga Clínica. Doctora en Psiquiatría y Psicología Médica. Facultativo especialista sénior Servicio de Psiquiatría y Psicología, Hospital Sant Joan de Déu.

(2) Psicóloga. Investigadora becaria Fundació per a la Recerca i la Docència Sant Joan de Déu. Servicio de Psiquiatría y Psicología, Hospital Sant Joan de Déu.

(3) Médico Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría y Psicología, Hospital Sant Joan de Déu.

(4) Médico psiquiatra. Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Granollers. Hospital Sant Joan de Déu.

(5) Médico psiquiatra. Investigadora becaria Fundació per a la recerca i la docència Sant Joan de Déu. Servicio de Psiquiatría y Psicología, Hospital Sant Joan de Déu.

(6) Médico psiquiatra, Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Mollet, Hospital Sant Joan de Déu.

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

(8) Médico psiquiatra. Servicio de Psiquiatría y Psicología, Hospital Sant Joan de Déu.

(9) Coordinador de la Unidad de Hospitalización. Servicio de Psiquiatría y Psicología, Hospital Sant Joan de Déu.

(10) Médico psiquiatra. Coordinadora de la Unidad de Primeros Episodios Psicóticos. Servicio de Psiquiatría y Psicología, Hospital Sant Joan de Déu.

(11) Psiquiatra. Coordinadora del Programa de Atención Especializada al Trastorno Psicótico incipiente, Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil, Hospital Clínic de Barcelona.

Resumen

Introducción: Los síndromes de riesgo para la psicosis (SRP), o estados mentales de alto riesgo para la psicosis, se caracterizan por la presencia de una serie de indicadores clínicos que reflejan una vulnerabilidad para el desarrollo de un trastorno psicótico. Éstos se describen como presencia de síntomas psicóticos atenuados, riesgo genético para la psicosis y una disminución en el funcionamiento global el último año y/o síntomas psicóticos francos breves y autolimitados.

A pesar de estar bien establecido el déficit neurocognitivo en sujetos con psicosis, no ha sido hasta recientemente que se ha observado también un deterioro de las



funciones cognitivas en sujetos con SRP. Concretamente, diversos trabajos han sugerido alteraciones en inteligencia general, atención, funcionamiento ejecutivo, fluencia verbal, memoria de trabajo y memoria verbal y visual, con variaciones en el rendimiento según la edad, el sexo y el momento clínico de los sujetos, presentando mayor alteración los varones de más edad y en el período temporal cercano a la transición hacia psicosis. Por ello, en lo relativo al pronóstico de la psicosis, es de especial interés el estudio de la neurocognición en sujetos con SRP, con el objetivo de identificar posibles marcadores de riesgo para la transición y así facilitar la detección precoz de estos trastornos.

Objetivos e hipótesis: El objetivo del trabajo es identificar la presencia de alteraciones a nivel neurocognitivo en una muestra infanto-juvenil de pacientes con SRP. Se hipotetiza que existirán diferencias en algunas variables cognitivas específicas destacadas en la literatura.

Material y Métodos: Se aportan datos preliminares procedentes de las fases iniciales de un estudio longitudinal multicéntrico, en el que se evalúan las características clínicas, cognitivas y de neuroimagen de pacientes con SRP comparados con un grupo control. En el presente trabajo se analizan los datos de la exploración neurocognitiva basal en de un grupo de pacientes SRP. Se administra una batería completa para valorar el nivel cognitivo general así como, el rendimiento en memoria verbal, memoria visual, atención, memoria de trabajo, organización perceptiva, funciones ejecutivas, velocidad de procesamiento y cognición social. Los criterios de inclusión de pacientes con SRP son: edad entre 10 y 17 años; uno o más de los criterios para SRP, evaluados mediante la entrevista SIPS; ausencia de diagnóstico de trastorno psicótico, trastorno del espectro autista, enfermedad neurológica y/o retraso mental.

Resultados: Hasta la actualidad se ha evaluado la neurocognición en un total de 15 pacientes SRP, 10 chicas y 5 chicos, con edad media de 15,5 (rango 12,5 -17,5). En el funcionamiento cognitivo global, se obtiene un ICG medio (Índice Cognitivo General de Wechsler) de 97,3 (rango 80-119), indicando una probable inteligencia general dentro de la normalidad. En las puntuaciones por áreas de funcionamiento cognitivo, los datos indican un rendimiento normal en todas ellas (se adjuntarán tablas y gráficos con datos). Únicamente se registra una pun-

tuación indicativa de deterioro en el Trail Making Test (TMT), tanto en su forma A (nota T 35,9) como en la B (nota T 26,7), indicando alteraciones en velocidad de procesamiento, y en memoria de trabajo y flexibilidad cognitiva, respectivamente.

Conclusiones: Los datos preliminares son compatibles con un funcionamiento dentro de la normalidad en los pacientes con SRP, tanto en cognición general como en áreas neurocognitivas específicas. No obstante, se observa un posible déficit en una de las pruebas que evalúa memoria de trabajo. Aunque los resultados globales preliminares no apoyan la literatura publicada hasta la fecha, este último dato si sería compatible con los déficits hallados en pacientes con SRP.

Referencias:

1. Fusar-Poli P, Deste G, Smieskova R, Barlati S, Yung AR, Howes O, et al. Cognitive functioning in prodromal psychosis: a meta-analysis. Arch Gen Psychiatry. 2012; 69(6):562-71.

COMISIÓN DEONTOLÓGICA DEL COPC: DENUNCIAS CONTRA LAS INTERVENCIONES PROFESIONALES DE LOS PSICÓLOGOS, RELATIVAS AL ÁMBITO CLÍNICO.

*P Solé Llop, M Arch Marin, A Pérez-González
Comisión Deontológica Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya.*

Resumen

Introducción/antecedentes: En los últimos años los estudios sobre ética y deontología referida a los psicólogos han avanzado notoriamente. Sin embargo, el volumen de estudios empíricos que ofrezcan datos reales sigue siendo muy limitado tanto a nivel nacional como internacional. En numerosos casos, las Comisiones Deontológicas estatales han apreciado que las intervenciones objeto de denuncia se refieren a situaciones en las que se encuentra implicado un menor generando ello un dilema ético en el profesional.

Hipótesis y Objetivos: La Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña (COPC), en el desarrollo de sus funciones tanto investigadora como pedagógica, ofrece una compilación actualizada de datos referentes a las denuncias contra los psicólogos con el



objetivo de difundir los resultados y ofrecer pautas para evitar su repetición, así como para promover el desarrollo de tareas pedagógicas ajustadas a las necesidades reales de los profesionales.

Material y Métodos: La muestra está conformada por las denuncias atendidas por la Comisión Deontológica del COPC entre los años 1998 y 2011.

Se procedió al vaciado de los datos según protocolo diseñado “ad-hoc” para el estudio. Posteriormente se llevó a cabo un estudio descriptivo del tipo de denuncia recibida centrandose especial atención en las relacionadas con las intervenciones en el ámbito de la psicología clínica.

Resultados: En los últimos años las quejas contra los psicólogos referidas al ámbito clínico han disminuido de forma considerable, en detrimento del aumento de quejas del ámbito jurídico (separaciones y divorcios). Aún y así, los resultados del estudio detallan la progresión a lo largo de los años de las denuncias relativas al área clínica, los motivos de denuncia más prevalentes, los años de ejercicio de cada colegiado denunciado y los artículos concretos del código deontológico que han sido vulnerados.

Conclusiones: Las denuncias en el ámbito clínico han ido disminuyendo con el paso de los años, pero siguen produciéndose, por lo que es imprescindible llevar a cabo un mayor número de estudios empíricos relacionados con las denuncias a los colegiados, para la promoción de buenas prácticas profesionales.

Referencias esenciales:

1. Arch, M., Cartil, C., Solé, P., Lerroux, V., Calderer, N. y Pérez-González, A. (2011). Survey of complaints received by the Ethics Committee of Catalonia (Spain) in relation to forensic psychologists. 12th European Congress Of Psychology, Estambul (Turquía), 4-8 Julio.
2. Arch, M., Cartil, C., Solé, P., Lerroux, V., Calderer, N. y Pérez-González, A. (2012). Estudio descriptivo de las denuncias del ámbito de la psicología clínica atendidas por la Comisión Deontológica del COPC. V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica, Santander, 26-28 Abril.
3. Col•legi Oficial de Psicòlegs de Catalun-

ya (1989). Codi Deontològic. Recuperado el 13/02/13 de: <http://www.copc.org/Paginas/Ficha.aspx?IdMenu=6c2054e4-2957-4491-a156-f55e-0ab73bfd>

COMPARACIÓN POST HOC DE LA EFICACIA DE DIMESILATO DE LISDEXANFETAMINA Y DEL SISTEMA ORAL DE LIBERACIÓN OSMÓTICA DE METILFENIDATO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

C Soutullo (1), I Hernández Otero (2), JA Alda Diez (3), R Civil (4), R Bloomfield (5), L Squires (4), D Coghill (6)
 (1) Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España
 (2) Unidad De Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J), H. Universitario Virgen de la Victoria – Hospital Marítimo, Torremolinos, Málaga, España
 (3) Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España
 (4) Shire Development LLC, Wayne, PA, EE.UU
 (5) Shire Pharmaceutical Development Ltd, Basingstoke, RU
 (6) Division of Neuroscience, Ninewells Hospital, Dundee, RU

Resumen

Introducción/antecedentes: En un estudio europeo de fase 3 (SPD489-325), el dimesilato de lisdexanfetamina (LDX) y el sistema oral de liberación osmótica de metilfenidato (OROS-MPH) fueron más eficaces que el placebo para mejorar los síntomas centrales y el funcionamiento global en niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Hipótesis y Objetivos: En este análisis post hoc se comparó la eficacia de LDX y OROS-MPH.

Material y Métodos: Se aleatorizaron los pacientes (6–17 años; n=336) (1:1:1) para recibir dosis de LDX una vez al día con dosis optimizada (30, 50, 70 mg/día), OROS-MPH (18, 36, 54 mg/día) o placebo durante 7 semanas. Se evaluó la eficacia usando la Escala de Evalu-



ación del ADHD versión IV (ADHD-RS-IV) y la escala de impresión-mejoría clínica global (CGI-I). El punto final fue la última visita durante el tratamiento con una evaluación válida.

Resultados: La media de los mínimos cuadrados (LS) de los cambios (intervalo de confianza [IC] del 95%) en la puntuación total en ADHD-RS-IV a partir de la línea base hasta el punto final fueron: LDX, -24,3 (-26,6, -22,0); placebo, -5,7 (-7,9, -3,5); OROS-MPH, -18,7 (-21,0, -16,5). La diferencia entre LDX y OROS-MPH en el cambio medio de los LS (IC del 95%) en la puntuación total con ADHD-RS-IV a partir de la línea base hasta el punto final fue estadísticamente significativa a favor de LDX (-5,6 [-8,4, -2,7]; $p < 0,001$; tamaño del efecto, 0,54). La diferencia (LDX menos OROS-MPH) en el porcentaje de pacientes (IC del 95%) con una puntuación en CGI-I de 1 (muy mejorado) o de 2 (bastante mejorado) en el punto final fue estadísticamente significativa a favor de LDX (17,4 [5,0, 29,8]; $p < 0,05$). Los perfiles de seguridad de LDX y OROS-MPH fueron coherentes con los efectos conocidos de los medicamentos estimulantes.

Conclusiones: Este análisis *post hoc* indicó que LDX fue significativamente más eficaz que OROS-MPH en la mejoría de los síntomas centrales y funcionamiento global en niños y adolescentes con TDAH.

Financiado con fondos de Shire Development LLC.

TDAH Y TGD: ENTRE LA CONTINUIDAD Y LA COMORBILIDAD.

A Morón Murias (1), MJ Barrio Medina (2), I Miernau (2), N García Campos (3), L De Anta Tejado (4), M Loro (4), J Quintero (5)

(1) Licenciada en Psicología, psicólogo en PSIKIDS/ Clínica Dr. Quintero

(2) Licenciada en Psicología, psicólogo en PSIKIDS

(3) Licenciada en Psicología, psicólogo en Clínica Dr. Quintero

(4) Psiquiatra; psiquiatra en Clínica Dr. Quintero

(5) Psiquiatra; jefe de la unidad de psiquiatría en Hospital Universitario Infanta Leonor

Resumen

Introducción/antecedentes:

Abordamos dos trastornos cuya prevalencia y diagnóstico están aumentando en la población infantil, favoreciendo una intervención precoz. No obstante, en la práctica clínica su diagnóstico presenta una importante complejidad debido a una sintomatología común y a tratarse de un diagnóstico fundamentalmente clínico.

Hasta ahora el DSM-IV-TR excluía la presencia de ambos diagnósticos; sin embargo, la presencia de numerosos casos y estudios recientes han llevado al replanteamiento en la próxima edición, en la que se discute su inclusión.

Hipótesis y Objetivos:

Identificar la sintomatología que, a pesar de ser comórbida en ambos trastornos, posee una etiología diferenciada; permitiéndonos realizar un mejor diagnóstico diferencial.

Material y Métodos:

Revisión teórica y análisis de una muestra de 30 varones de 8 años de edad media con presencia de dicha comorbilidad.

Resultados y conclusiones:

- Importancia del uso de escalas y pruebas estandarizadas, así como formación específica sobre su aplicación para reducir la subjetividad de la observación.
- Aspectos para la identificación de TGD en presencia de TDAH:
 - o Problemas en el desarrollo del juego simbólico.
 - o Problemas en la comunicación no verbal aparecen en ambos además de la alteración en la capacidad empática; sin embargo, en TGD, las habilidades mentalistas también se encuentran afectadas.
 - o La etiología de las dificultades de socialización es muy diferenciada.
 - o En ambos trastornos identificamos alteración de las funciones ejecutivas. Sin embargo, mientras en los TGD se debe a su inflexibilidad cognitiva, en el TDAH se debe a las dificultades de inhibición.

Referencias esenciales:

1. EQUIPO DELETREA (2007). Un acercamiento al Síndrome de Asperger. Una guía teórica y práctica.



2. CHAWARSKA, K., KLIN, A., VOLKMAR, F.R. y POWERS, M.D. (2008) Autism Spectrum Disorders in Infants and Toddlers: Diagnosis, Assessment, and Treatment. Ed: Guilford Press, 2008.
3. Ozonoff S, Iosif A, Baguio F, Cook I, Moore M, Hutman T, et al. A prospective study of the emergence of early behavioral signs of autism. *J Am Acad Child Adol Psychiatry*. 2010;49:256-66.

ESTUDIO DEMOGRÁFICO DE PACIENTES ADOPTADOS EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN PALMA DE MALLORCA.

J Raventós Simic, R Gómez Juanes
Médicos Psiquiatras adjuntos en el Instituto Balear Salud Mental Infantil y del Adolescente. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca (Islas Baleares).

Resumen

Introducción/antecedentes:

La adopción internacional ha aumentado considerablemente en los últimos años, y con ello el interés que ha despertado dentro del Área de Salud Mental. Los niños adoptados, especialmente aquellos que han permanecido en instituciones antes de la adopción, tienen un mayor riesgo de presentar trastornos del desarrollo, de la conducta y del vínculo.

Hipótesis:

En el Instituto Balear de Salud Mental de la Infancia y Adolescencia (IBSMIA) de Palma de Mallorca hemos observado un mayor porcentaje de pacientes adoptados que acuden a nuestro servicio en comparación con el resto de la población. Sin embargo, no disponemos en la actualidad de los datos numéricos.

Objetivos:

Queremos conocer el porcentaje de niños adoptados en Palma de Mallorca que acuden a Salud Mental y compararlo con el porcentaje de niños no adoptados que acuden al mismo dispositivo.

Metodología:

Hemos elaborado estudio transversal que nos permita conocer el número de pacientes adoptados y no adoptados que acuden al IBSMIA y compararlo con el número

de adopciones registrados en la ciudad y el total de niños censados. Contrastaremos la edad, género, país de origen y sintomatología en el momento de la primera consulta.

Resultado:

Aunque aún estamos recopilando los datos, hemos observado que el porcentaje de niños adoptados que acuden al IBSMIA es superior al de niños no adoptados en relación al resto de la población.

Conclusiones:

Las dificultades encontradas con mayor frecuencia en esta población son las relacionadas con retraso del desarrollo psicomotor y del lenguaje, dificultades en el aprendizaje, trastornos afectivos/emocionales, sintomatología externalizante como alteraciones de conducta e hiperactividad, discapacidad cognitiva, menores habilidades adaptativas y escasas relaciones interpersonales en comparación con el resto de la población infantil y adolescente.

Sin embargo, la adopción y el estudio del funcionamiento de los niños adoptados mantienen a fecha de hoy muchas incógnitas difíciles de resolver, en parte motivado por la dificultad para obtener información más detallada acerca de los antecedentes personales y familiares previos a la adopción

Referencias esenciales:

1. G. Ochando Perales, S. Peris Cancio, MC. Millán Olmo, J. Loño Capote. Trastorno de conducta en niños adoptados. *Rev. de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. Vol 8, nº especial 2008.
2. L. Callejón-Póo, C. Boix, A. López-Sala, R. Colomé, V. Fumadó y A. Sans. Perfil neuropsicológico de niños adoptados internacionalmente en Cataluña. *An Pediatr (Barc)*. 2012;76(1):23---29.
3. Matthew D. Bramlett, Laura F. Radel and Stephen J. Blumberg. The Health and Well-being of Adopted Children. *Pediatrics* 2007;119;S54

ESTUDIO COMPARATIVO DE PSICOPATOLOGÍA EN PACIENTES ADOPTADOS ENTRE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL AMBULATORIA Y UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL



E Albaladejo Gutierrez (1), P Baos Sendarrubias (2), M Pascual López (2), M Ferrero Turrión (2), I García Vilches (3), AB Jurado Galán (4), MI Fernández Castellanos (5), R Martínez Luna (1), P de Bernardo Barrio (1), A Carrillo del Amo (6), J Contreras González (6), B Mazarrasa (6), E Guerrero Buitrago (6)

(1) FEA Psiquiatría Unidad Salud Mental Infanto Juvenil de Ciudad Real

(2) FEA Psiquiatría en Unidad de Hospitalización Salud Mental Infanto-Juvenil en Hospital General de Ciudad Real

(3) Psicóloga Unidad de Hospitalización Salud Mental Infanto-Juvenil en Hospital General de Ciudad Real

(4) Terapeuta Ocupacional Unidad de Hospitalización Salud Mental Infanto-Juvenil en Hospital General de Ciudad Real

(5) Trabajadora Social Unidad de Hospitalización Salud Mental Infanto-Juvenil en Hospital General de Ciudad Real

(6) Psicóloga de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Ciudad Real

Resumen

Introducción/antecedentes: Revisión del tipo de psicopatología que presentan los pacientes adoptados tanto ingresados en la Unidad de Hospitalización Salud Mental Infanto Juvenil del hospital General de Ciudad Real (Unidad de Referencia para toda Castilla La Mancha) como en Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil a nivel ambulatorio.

Hipótesis y Objetivos: Ver si existen cambios en la psicopatología que presentan los pacientes adoptados en función de que precisen o no ingreso en Unidad de Hospitalización.

Material y Métodos: Estudio comparativo de la psicopatología entre los pacientes adoptados que precisan ingreso en UHBIJ del Hospital General de Ciudad Real y los que realizan seguimiento ambulatorio.

Resultados: Pendiente de resultados

Conclusiones: Pendiente de resultados

Referencias esenciales:

1. “Tratado de psiquiatría de la infancia y adolescen-

cia“ (Wiener, 2006)

2. “Clasificación Multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes” (CIE-10, 2007)

3. “Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente “(Soutullo Esperón y Mardomingo, 2010)

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PSICOPATOLOGÍA EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN FAMILIAR Y SOCIAL DE PACIENTES INGRESADOS EN UNIDAD HOSPITALIZACIÓN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

M Ferrero Turrión (1), P Baos Sendarrubias (1), M Pascual López (1), I García Vilches (2), AB Jurado Galán (3), MI Fernández Castellanos (4), L Beato Fernández (5)

(1) FEA psiquiatría en Unidad de Hospitalización Salud Mental Infanto-Juvenil en Hospital General de Ciudad Real

(2) Psicóloga Unidad de Hospitalización Salud Mental Infanto-Juvenil en Hospital General de Ciudad Real

(3) Terapeuta Ocupacional Unidad de Hospitalización Salud Mental Infanto-Juvenil en Hospital General de Ciudad Real

(4) Trabajadora Social Unidad de Hospitalización Salud Mental Infanto-Juvenil en Hospital General de Ciudad Real

(5) Jefe de Sección TCA y Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital General de Ciudad Real

Resumen

Introducción/antecedentes: Revisión del tipo de psicopatología que presentan los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización Salud Mental Infanto Juvenil del hospital General de Ciudad Real (Unidad de Referencia para toda Castilla La Mancha) en los cuatro años de actividad desde su creación en función de las diferencias en cuanto a la situación familiar y social del paciente.

Hipótesis y Objetivos: Comparar si en el desarrollo de las patologías psiquiátricas influyen los factores sociales, familiares y ambientales.

Material y Métodos: Estudio comparativo de la psicopatología que presentan los pacientes ingresados en la



UHBIJ del Hospital General de Ciudad Real en función de variables sociodemográficas (como edad, sexo, historia académica, antecedentes personales, consumo de tóxicos, antecedentes judiciales, situaciones psicosociales anómalas asociadas, aspectos culturales...).

Resultados: Pendiente de resultados

Conclusiones: Pendiente de resultados

Referencias esenciales:

1. "Tratado de psiquiatría de la infancia y adolescencia" (Wiener, 2006)
2. "Clasificación Multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes" (CIE-10, 2007)
3. "Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente" (Soutullo Esperón y Mardomingo, 2010)

DESCRIPCIÓN PSICOPATOLOGÍA EN PACIENTES CON FAMILIAS DESESTRUCTURADAS INGRESADOS EN UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

M Ferrero Turrión (1), I García Vilches (2), M Pascual López (1), P Baos Sendarrubias (1), AB Jurado Galán (3), MI Fernández Castellanos (4), L Beato Fernández (5)

(1) FEA psiquiatría en Unidad de Hospitalización Salud Mental Infanto-Juvenil en Hospital General de Ciudad Real

(2) Psicóloga Unidad de Hospitalización Salud Mental Infanto-Juvenil en Hospital General de Ciudad Real

(3) Terapeuta Ocupacional Unidad de Hospitalización Salud Mental Infanto-Juvenil en Hospital General de Ciudad Real

(4) Trabajadora Social Unidad de Hospitalización Salud Mental Infanto-Juvenil en Hospital General de Ciudad Real

(5) Jefe de Sección TCA y Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital General de Ciudad Real

Resumen

Introducción/antecedentes: Los conflictos familiares graves que conllevan una desestructuración familiar influyen en el desarrollo de la patología psiquiátrica. Re-

alizaremos un análisis del tipo de psicopatología que presentan los pacientes provenientes de familias desestructuradas que han ingresado en la Unidad de Hospitalización Salud Mental Infanto Juvenil del hospital General de Ciudad Real (Unidad de Referencia para toda Castilla La Mancha) en los cuatro años de actividad desde su creación.

Hipótesis y Objetivos: Ver si los factores familiares, sociales y ambientales influyen en el desarrollo de la patología psiquiátrica.

Material y Métodos: Estudio descriptivo de la psicopatología que presentan los pacientes provenientes de familias desestructuradas ingresados en la UHBIJ del Hospital General de Ciudad Real viendo variables sociodemográficas como edad, sexo, historia académica, antecedentes personales, consumo de tóxicos, antecedentes judiciales, situaciones psicosociales anómalas asociadas, aspectos culturales que puedan influir en la expresión de los síntomas.

Resultados: Pendiente de resultados

Conclusiones: Pendiente de resultados

Referencias esenciales:

1. "Tratado de psiquiatría de la infancia y adolescencia" (Wiener, 2006)
2. "Clasificación Multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes" (CIE-10, 2007)
3. "Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente" (Soutullo Esperón y Mardomingo, 2010)

DESCRIPCIÓN PSICOPATOLOGÍA EN PACIENTES CON FAMILIAS ESTRUCTURADAS INGRESADOS EN UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

I García Vilches (1), M Ferrero Turrión (2), P Baos Sendarrubias (2), M Pascual López (2), AB Jurado Galán (3), MI Fernández Castellanos (4), L Beato Fernández (5)
(1) Psicóloga Unidad de Hospitalización Salud Mental Infanto-Juvenil en Hospital General de Ciudad Real
(2) FEA psiquiatría en Unidad de Hospitalización Salud



Mental Infanto-Juvenil en Hospital General de Ciudad Real

(3) Terapeuta Ocupacional Unidad de Hospitalización Salud Mental Infanto-Juvenil en Hospital General de Ciudad Real

(4) Trabajadora Social Unidad de Hospitalización Salud Mental Infanto-Juvenil en Hospital General de Ciudad Real

(5) Jefe de Sección TCA y Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital General de Ciudad Real

Resumen

Introducción/antecedentes: Los factores familiares influyen en el desarrollo de las diferentes patologías psiquiátricas.

Realizaremos un análisis del tipo de psicopatología que presentan los pacientes provenientes de familias estructuradas que han ingresado en la Unidad de Hospitalización Salud Mental Infanto Juvenil del hospital General de Ciudad Real (Unidad de Referencia para toda Castilla La Mancha) en los cuatro años de actividad desde su creación.

Hipótesis y Objetivos: Ver si los factores familiares, sociales y ambientales influyen en el desarrollo de la patología psiquiátrica.

Material y Métodos: Estudio descriptivo de la psicopatología que presentan los pacientes provenientes de familias estructuradas ingresados en la UHBIJ del Hospital General de Ciudad Real viendo variables sociodemográficas como edad, sexo, historia académica, antecedentes personales, consumo de tóxicos, antecedentes judiciales, situaciones psicosociales anómalas asociadas, aspectos culturales que puedan influir en la expresión de los síntomas.

Resultados: Pendiente de resultados.

Conclusiones: Pendientes de resultados

Referencias esenciales:

1. “Tratado de psiquiatría de la infancia y adolescencia” (Wiener, 2006)
2. “Clasificación Multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes” (CIE-10, 2007)

3. “Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente” (Soutullo Esperón y Mardomingo, 2010)

DESCRIPCIÓN PSICOPATOLOGÍA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS INGRESADOS EN UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

M Pascual López (1), M Ferrero Turrión (1), P Baos Sendarrubias (1), I García Vilches (2), AB Jurado Galán (3), MI Fernández Castellanos (4), L Beato Fernández (5)

(1) FEA psiquiatría en Unidad de Hospitalización Salud Mental Infanto-Juvenil en Hospital General de Ciudad Real

(2) Psicóloga Unidad de Hospitalización Salud Mental Infanto-Juvenil en Hospital General de Ciudad Real

(3) Terapeuta Ocupacional Unidad de Hospitalización Salud Mental Infanto-Juvenil en Hospital General de Ciudad Real

(4) Trabajadora Social Unidad de Hospitalización Salud Mental Infanto-Juvenil en Hospital General de Ciudad Real

(5) Jefe de Sección TCA y Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital General de Ciudad Real

Resumen

Introducción/antecedentes: La separación del grupo social primario y la adaptación a una nueva convivencia en las instituciones supone un factor de estrés que puede influir en la aparición y evolución de los trastornos mentales.

Realizaremos un análisis del tipo de psicopatología que presentan los pacientes tutelados e institucionalizados que han ingresado en la Unidad de Hospitalización Salud Mental Infanto Juvenil del hospital General de Ciudad Real (Unidad de Referencia para toda Castilla La Mancha) en los cuatro años de actividad desde su creación.

Hipótesis y Objetivos: Ver si los factores sociales y ambientales influyen en el desarrollo de la patología psiquiátrica, así como la problemática familiar que conlleva la institucionalización del menor de edad.



Material y Métodos: Estudio descriptivo de la psicopatología que presentan los pacientes tutelados e institucionalizados ingresados en la UHBIJ del Hospital General de Ciudad Real viendo variables sociodemográficas (como edad, sexo, historia académica, antecedentes personales, consumo de tóxicos, antecedentes judiciales, situaciones psicosociales anómalas asociadas, aspectos culturales...), así como problemática familiar asociada que puedan influir en la expresión de los síntomas.

Resultados: Pendiente de resultados

Conclusiones: Pendiente de resultados

Referencias esenciales:

1. "Tratado de psiquiatría de la infancia y adolescencia" (Wiener, 2006)
2. "Clasificación Multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes" (CIE-10, 2007)
3. "Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente" (Soutullo Esperón y Mardomingo, 2010)

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD Y ALTERACIONES DEL SUEÑO

E Ferreira García (1), E Serrano Troncoso (2), MA Mairena García de la Torre (2), JJ Ortiz Guerra (3), M Izquierdo Pulido (4), O Sans Capdevila (5), JA Alda Diez (6)
 (1) Psicóloga. Profesora asociada del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universitat de Barcelona. Ayudante investigación en Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Unidad de TDAH. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

(2) Psicólogo. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Unidad de TDAH. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

(3) Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Unidad de TDAH. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

(4) Farmacéutica. Profesora titular de universidad del Departamento de Nutrición y Bromatología. Facultad de Farmacia. Universitat de Barcelona.

(5) Neurofisiólogo. Servicio de Neurología. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

(6) Psiquiatra. Jefe de Sección del Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Unidad de TDAH. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.
 Proyecto financiado por ISCIII (PIII/02009)

Resumen

Introducción/antecedentes: En la práctica clínica es frecuente la asociación entre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y las alteraciones del sueño, pero no queda claro si estos trastornos son parte del TDAH (origen primario) o secundarios a algunas de sus comorbilidades o a la medicación.

Hipótesis y Objetivos: 1) Estudiar la relación entre los síntomas de alteraciones del sueño y la gravedad de los síntomas del TDAH en pacientes sin tratamiento para el mismo; 2) Evaluar las diferencias de las alteraciones del sueño por edad y sexo.

Material y Métodos: Estudio transversal y descriptivo de una muestra de 30 pacientes diagnosticados hace menos de 3 meses de TDAH y que no habían recibido tratamiento previo para el mismo. Todos los pacientes fueron evaluados con la Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (Kiddie-SADS), el Attention Deficit Hyperactivity Disorder Rating Scale (ADHD-RS-IV) versión padres y profesores, el Children Behaviour Checklist (CBCL) y el Teacher Report Form (TRF). La medición de las alteraciones del sueño se realizaron con el Cuestionario Pediátrico de Sueño, la Encuesta de Hábitos de Sueño Infantil, la actigrafía (ActiLife, software para análisis de datos ActiLife 6.5.0) y el diario de sueño durante un periodo de una semana, obteniendo de estas últimas valores medios de toda la semana. La relación entre la gravedad de los síntomas TDAH y las alteraciones del sueño se evaluó con la correlación de Pearson. Las diferencias de las alteraciones del sueño por edad y género se analizaron con pruebas de Chi-cuadrado.

Resultados: Existe una correlación significativa entre las puntuaciones del ADHD-RS-IV y el Cuestionario Pediátrico de Sueño ($r < 0.3$; $p < 0.05$). Los niños con TDAH se van a dormir de media a las 22:56 horas y se despiertan a las 7:40 horas. Existe una asociación significativa entre la edad y la hora de acostarse. Respecto al género, las niñas se van a acostar más tarde. El registro



total de horas de sueño es levemente superior en los chicos con una media de sueño de 7:31 horas. En lo que a la efectividad del sueño se refiere, la media se encuentra en el 83,70% (rango=73%-90%) junto a una latencia de sueño de 1,9 minutos de media (DE=0,85), y 24,43 despertares por noche (DE=4,28), no encontrándose diferencias significativas por edad y género.

Conclusiones: Los niños y niñas diagnosticados de TDAH tienen una efectividad del sueño en el límite de lo que se considera apropiado debido a los despertares nocturnos y al insomnio de conciliación que les impide dormirse a la hora que se considera apropiada en relación a su estadio evolutivo.

Referencias esenciales:

1. Cortese S, Konofal E, Yateman N, Mouren MC, Lecendreux M. Sleep and alertness in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review of the literature. *Sleep*. 2006; 29 (4): 504-11.
2. Wiggs L, Montgomery P, Stores G. Actigraphic and parent reports of sleep patterns and sleep disorders in children with subtypes of attention-deficit hyperactivity disorder. *Sleep*. 2005; 1; 28 (11): 1437-45.

DESCRIPCIÓN PSICOPATOLOGÍA EN PACIENTES ADOPTADOS INGRESADOS EN UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

P Baos Sendarrubias (1), M Ferrero Turrión (1), M Pascual López (1), I García Vilches (2), AB Jurado Galán (3), MI Fernández Castellanos (4), L Beato Fernández (5)

(1) FEA psiquiatría en Unidad de Hospitalización Salud Mental Infanto-Juvenil en Hospital General de Ciudad Real

(2) Psicóloga Unidad de Hospitalización Salud Mental Infanto-Juvenil en Hospital General de Ciudad Real

(3) Terapeuta Ocupacional Unidad de Hospitalización Salud Mental Infanto-Juvenil en Hospital General de Ciudad Real

(4) Trabajadora Social Unidad de Hospitalización Salud Mental Infanto-Juvenil en Hospital General de Ciudad Real

(5) Jefe de Sección TCA y Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital General de Ciudad Real

Resumen

Introducción/antecedentes: El proceso de la adopción puede ser un factor estresante y predisponer para el desarrollo de las enfermedades mentales. Nos planteamos realizar un análisis del tipo de psicopatología que presentan los pacientes adoptados que han ingresado en la Unidad de Hospitalización Salud Mental Infanto Juvenil del hospital General de Ciudad Real (Unidad de Referencia para toda Castilla La Mancha) en los cuatro años de actividad desde su creación.

Hipótesis y Objetivos: Ver si los factores familiares, sociales y ambientales influyen en el desarrollo de la patología psiquiátrica

Material y Métodos: Estudio descriptivo de la psicopatología que presentan los pacientes adoptados ingresados en la UHBIJ del Hospital General de Ciudad Real viendo variables sociodemográficas como edad, sexo, historia académica, antecedentes personales, consumo de tóxicos, antecedentes judiciales, situaciones psicosociales anómalas asociadas, aspectos culturales que puedan influir en la expresión de los síntomas.

Resultados: Pendiente de resultados.

Conclusiones: Pendiente de resultados

Referencias esenciales:

1. "Tratado de psiquiatría de la infancia y adolescencia" (Wiener, 2006)
2. "Clasificación Multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes" (CIE-10, 2007)
3. "Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente" (Soutullo Esperón y Mardomingo, 2010)

LA CINESITERAPIA EN EL TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN: UN PROYECTO

J Cornellà i Canals (1), GS Desplan (2)



(1) *Doctor en Medicina. Pediatra y Paidopsiquiatra. Diplomado en Autismo por la Universidad de Montpellier (Francia). Profesor de la Escuela EUSES de Fisioterapia de la Universitat de Girona. Girona*

(2) *Alumno de cuarto curso de Fisioterapia en la Escuela EUSES de Fisioterapia de la Universitat de Girona. Ha trabajado en diseños de programas de investigación en el abordaje multidisciplinar del niño con TDAH. Girona.*

Resumen

Introducción/antecedentes:

A. Strauss (1936) ya planteó la necesidad del ejercicio físico en los niños hiperactivos (1). Recientemente se ha publicado un trabajo (2) que demuestra como el ejercicio aeróbico, moderadamente intenso es de utilidad en el tratamiento coadyuvante del TDAH.

Hipótesis y Objetivos:

El objetivo final es la replicación del tratamiento propuesto en el citado trabajo (2), elaborando un proyecto que sea aplicable en niños de ciclo medio de Enseñanza Primaria. Se trata de incidir, desde la cinesiterapia, en el abordaje multidisciplinar de los síntomas asociados al TDAH.

Material y Métodos:

Partiendo del trabajo reseñado (2), previa comunicación con el primer firmante del mismo para esclarecer detalles técnicos, se han estudiado los aspectos que pueden ser de fácil replicación en nuestro medio escolar, valorando todos los puntos fuertes y los puntos débiles del proyecto. Se ha elaborado un protocolo para poder evaluar los resultados de su aplicación experimental en nuestro medio, procurando eliminar aquellos elementos que pudieran suponer un sesgo en los resultados. Se han estudiado las limitaciones de este tipo de tratamiento para evitar crear falsas expectativas, y facilitar su comprensión en la multidisciplina. Se ha hecho una revisión de la bibliografía que apoya este tratamiento. Finalmente, se han mantenido reuniones de trabajo con las autoridades docentes de nuestra zona para valorar la posibilidad de aplicación del proyecto.

Resultados:

Se presenta una propuesta de tratamiento que permita, desde el ejercicio, mejorar la capacidad de atención y concentración de los niños con TDAH. La idoneidad y el

espacio para practicar dicho ejercicio deberían ser tenidos en cuenta por los docentes.

Conclusiones:

El proyecto diseñado propone que, desde la cinesiterapia, se pueden mejorar las capacidades de atención de los niños con TDAH mediante el ejercicio aeróbico moderadamente intenso. A partir de aquí, hay que plantear nuevos estudios que promuevan su aplicación en la actividad docente.

Referencias esenciales:

1. Strauss A. introducción al estudio de la Pedagogía Terapéutica. Barcelona: Editorial Labor; 1936.
2. Pontifex MB, Saliba BJ, Raine LB, Picchiatti DL, Hillman DH. Exercise Improves Behavioral, Neurocognitive, and Scholastic Performance in children with Attention-Deficit/Hyperactivity disorder. *J Pediatr.* 2012 Oct 17. pii: S0022-3476(12)00994-8. doi: 10.1016/j.jpeds.2012.08.036. [Epub ahead of print]

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO EN LAS ÁREAS DE SALUD DE SALAMANCA Y ZAMORA.

MJ Martínez Velarte (1), P García Primo (2), B Mongil López (1), F Rey Sánchez (3), J Santos Borbujo (4), R Canal Bedía

(1) Psiquiatra Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Complejo Asistencial Zamora

(2) Instituto de Investigación de Enfermedades Raras. Instituto de Salud Carlos III

(3) Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Hospital Clínico Universitario, Salamanca

(4) Unidad de Neurología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario Salamanca

(5) INICO, Universidad de Salamanca, Facultad de Educación, Salamanca

Resumen

Introducción/antecedentes: La detección precoz del autismo se considera una actividad clínica y socialmente necesaria, aunque supone un gran reto para profesionales y servicios.



Hipótesis y Objetivos: El objetivo de este estudio es evaluar y difundir los resultados intermedios del Programa de detección precoz de Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) actualmente en marcha en las áreas de salud de Salamanca y Zamora con la finalidad de valorar y extender su uso como programa de cribado de estos trastornos en España.

Material y Métodos: Un total de 54 equipos de pediatría participaron en las sesiones de formación del Programa de Cribado de Autismo en las áreas de salud de Salamanca y Zamora en Septiembre 2005 y accedieron a administrar el cuestionario M-CHAT (Robins, y cols. 2001) a todos los padres que acudían a las consultas de pediatría en cualquiera de estas dos visitas: 18 y/o los 24 meses dentro del Programa del Control del Niño Sano. Hasta Diciembre 2012 han participado un total de 9.524 menores.

Resultados: 852 (8,9%) sujetos resultaron sospechosos de Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) en el cuestionario M-CHAT, de los cuales 61 (7,1%) se confirmaron a través de la entrevista de seguimiento. De éstos, 22 obtuvieron un diagnóstico TGD y 31 de otros trastornos.

Conclusiones: La formación sobre los problemas del desarrollo comunicativo y social y la difusión de las señales de alerta entre los pediatras, además de la utilización del M-CHAT es fundamental para el avance en la detección temprana de estos trastornos.

Referencias esenciales:

- 1.-Canal-Bedia, R., y cols. (2011). Modified Checklist for Autism in Toddlers: Cross-Cultural Adaptation and Validation in Spain. *J Autism Dev Disord*, 41(10) 1342-1351.
- 2.-Díez-Cuervo, A., y cols. (2005): "Guía de Buenas Prácticas para el Diagnóstico de los 3.-Trastornos del Espectro Autista". *Rev. Neurología*. 41 (4). 299-310.
3. 4.-Hernández, J. M., y cols. (2005): "Guía de Buenas Prácticas para la Detección Temprana de los Trastornos del Espectro Autista" *Rev. Neurología*. 41 (4). 237-245.
4. 5.-Robins D. Fein, D., Barton, M. L. y Green, J. A. (2001). The Modified Checklist for Autism in

Toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *J. Autism Dev. Disord.*, 31 (2), 131-144, 2001.

CUANDOLASDROGASSONINSUFICIENTES

F Díaz Atienza (1), N Corchos González (2), D Molera Manzano (2)

(1) Psiquiatra y coordinador de la USMIJ, Hospital Virgen de las Nieves de Granada

(2) MIR de Psiquiatría, Hospital Virgen de las Nieves de Granada

Actualmente en la USMIJ.

Resumen

Con un caso clínico pretendemos apuntar a la existencia de la denostada psicocirugía como otra opción de tratamiento.

Nuestra hipótesis es que gracias a las mejoras en la comprensión de la neuroanatomía, funcional y biológica, combinada con los avances en le neurocirugía, neuroimagen, neuroanestesia, en la actualidad la psicocirugía, se presenta como un alternativa eficaz y segura en pacientes graves, rigurosamente seleccionados sin respuesta al tratamiento conservador.

En nuestro caso se trata de un Joven de 19 años con Síndrome autista y Retraso mental, profundo, lenguaje verbal ausente, con estereotipias auto-agresivas graves y persistentes. Heteroagresiones imprevistas y sin desencadenantes claros unas veces y otras por intolerancia mínima a la frustración Diagnosticado de Enfermedad neurológica degenerativa de causa no filiada.

Tratado con multitud de combinaciones de psicofármacos y Técnicas de modificación de conducta aplicadas en el colegio y asociación de niños autistas Psicoeducación e intervención familia en ocasiones en régimen de Ingreso hospitalario.

A pesar de lo cual, los resultados fueron inconstantes y de eficacia dudosa, con progresiva escalada de aumento de dosis de psicofármacos, escalada de asociaciones... a dosis suficientes y cumplimiento adecuado.

Tras la percepción de que se han agotado los recursos farmacológicos se plantea la necesidad de buscar otras alternativas, en este caso la psicocirugía: HIPOTALAMOTOMIA POSTEROMEDIAL



Para la valoración de los resultados pre y postquirúrgicos se emplea la Escala de Conductas Anómalas ABC-ECA (Modificada FDA, 2011). Originariamente diseñada para valora los efectos de la medicación o de otros tratamientos sobre las conductas anómalas de personas con deficiencias mentales.

En este póster se recogen los resultados del tratamiento quirúrgico: se constata la disminución de las necesidades de tratamiento farmacológico, con menos dosis y desaparición de la necesidad de añadir tratamiento parenteral condicional para contener situaciones de aumento de la auto-heteroagresividad y la mejoría de las alteraciones conductuales y de la mayoría de los ítems medidos por la escala utilizada para el control de los resultados, registrados tanto por los padres como los educadores.

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE SOPORTE A PRIMARIA INFANTO JUVENIL (PSPIJ) EN LA COMARCA DE L'ALT PENEDEÈS DURANTE EL AÑO 2012

A Moreno-Mayos (1), N Figuerola Denche (2), M Blanc Betés (3), O Sabrià Miró (4), A Aranda Reig (5), B González Vigo (4), MJ Rodríguez Gómez (6), F Moruno Arena (4)

(1) psicóloga clínica adjunta responsable del programa "Suport a Primària" en Comarca del Garraf (Barcelona). CSMIJ Garraf del Hospital Sant Joan de Déu

(2) psicóloga clínica adjunta responsable del programa "Suport a Primària" en Comarca del Alt Penedès(Barcelona). CSMIJ Alt Penedès del Hospital Sant Joan de Déu

(3) psiquiatra adjunta responsable del programa "Suport a Primària" en Comarca del Alt Penedès (Barcelona). CSMIJ Alt Penedès del Hospital Sant Joan de Déu

(4) psicóloga clínica adjunta CSMIJ Alt Penedès del Hospital Sant Joan de Déu

(5) psiquiatra adjunta CSMIJ Alt Penedès del Hospital Sant Joan de Déu

(6) trabajadora social CSMIJ Alt Penedès del Hospital Sant Joan de Déu

Resumen

Introducción/antecedentes:

Existe una morbilidad entre el 15-20% (Tizon 2002)1

de trastornos mentales en la población infanto-juvenil que puede ser detecta en los equipos de atención primaria. Frecuentemente se trata de patología mental no grave que si es tratada a tiempo puede ser resuelta, evitando la cronicidad de la misma. El plan de salud de la Generalitat de Catalunya (2006-2012) trazó como línea estratégica la creación de programas de soporte a la atención primaria, que integran a los profesionales de salud mental en los equipos de atención primaria (EAP). En el año 2007 se instaura dicho programa aplicado a la población infanto-juvenil en la comarca de l'Alt Penedes.

Hipótesis y Objetivos:

Este estudio se propone estudiar las características de los pacientes que son atendidos en el programa y el funcionamiento del mismo.

Material y Métodos:

Estudio descriptivo prospectivo de los pacientes menores de 18 años atendidos durante el año 2012 en el programa PSPIJ. Un total de 194 personas, de edades comprendidas entre 1 y 17 años fueron atendidos. Las variables de sexo, edad, diagnóstico y resolución del caso fueron recogidas para la realización de un análisis descriptivo mediante Excel 2010.

Resultados:

Los diagnósticos más prevalentes fueron: trastorno adaptativo (31%), TDAH (20.6%) desorden conductual (14%) y trastorno de ansiedad (14%). En un 38% de los casos la problemática se resolvió en el CAP.

Conclusiones:

Se atiende mayoritariamente a pacientes menores de 18 años que presentan problemas adaptativos, de conducta y de ansiedad. Se detecta un gran número de diagnósticos de TDAH que podría afectar capacidad la resolutive en atención primaria.

Referencias esenciales:

1. Tizón García, J.L. (2002). Prevención e intervención en la salud mental de la primera infancia desde los dispositivos de atención primaria. *Revista pediatria de atención primaria*, 13, 81-106



EQUIPOS DE ATENCION EDUCATIVA HOSPITALARIA Y DOMICILIARIA (EAEHD): INTERVENCION EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL (UNIDAD SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL TOLEDO)

C Alcántara Bumbiedro (1), AI Yagüe Alonso (2), M Sobrino Sánchez (3), O Granada Jiménez (2)

(1) Licenciada en psicopedagogía. Coordinadora de los Equipos de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria de Toledo.

(2) Psiquiatra, Unidad Salud Mental infanto juvenil (USMIJ) Toledo.

(3) Trabajador Social USMIJ Toledo.

Resumen

Introducción/antecedentes:

La atención a la población infanto-juvenil en la USMIJ requiere en muchas ocasiones de la coordinación con la institución educativa donde transcurre gran parte de la vida de los pacientes que acuden a consulta.

Por distintas circunstancias, enfermedad física o mental, problemas ambientales, el ajuste al medio escolar puede verse comprometido y con ello el desarrollo psicoafectivo de los niños presentando alteraciones emocionales, conductuales y cognitivas en el proceso de aprendizaje.

En las situaciones más extremas, cuando asocian absentismo, comportamiento grave disruptivo en el aula, se solicita la atención de los EAEHD cuya intervención será desarrollada en esta presentación.

Hipótesis y Objetivos:

Describir las actuaciones de coordinación entre el medio sanitario y educativo en la atención a pacientes que no pueden mantener la asistencia al centro escolar y su implicación en la recuperación de pacientes graves.

Material y Métodos:

La interrupción sostenida de la asistencia escolar se considera una situación de intervención preferente desde la USMIJ donde se realiza la valoración diagnóstica solicitando en ocasiones la intervención de los EAEHD.

Desde el 2007 se ha ido consolidando la atención de los EAEHD en pacientes de la USMIJ: previsión de un

periodo de atención educativa superior a 20 días, certificado médico, mediación entre la familia y el colegio en los trámites y el enlace con el centro educativo.

Se realiza un análisis descriptivo retrospectivo de los casos atendidos por estos equipos desde 2007 hasta el momento actual y se valoran los efectos de su intervención.

Resultados:

Desde el 2007 hasta 2012 la demanda de atención por los EAEHD se ha mantenido estable, especialmente solicitada en pacientes que realizan educación secundaria con patologías relacionadas con trastornos del desarrollo, alteraciones de tipo ansioso-depresivo y condicionantes familiares disfuncionales.

Se valora decisiva en la evolución de los pacientes la rapidez en el inicio de la intervención, la facilidad para realizar coordinaciones no programadas con los profesionales que intervienen y la mediación con el sistema educativo.

Conclusiones:

El trabajo coordinado con los EAEHD es un ejemplo de colaboración y mediación entre el sistema educativo y sanitario con efectos significativos en la recuperación de pacientes graves.

El trabajo que desempeñan va más allá de la atención curricular convirtiéndose en agentes terapéuticos en familias muy disfuncionales, contribuyen en el proceso diagnóstico con datos del funcionamiento familiar y del propio paciente.

SÍNDROME 22Q11: A PROPÓSITO DE UN CASO

M Anleu de Leóna; X Gastaminzaa; R Vacasb; B Rubioc, O Herrerod

aU. Paidopsiquiatría. Área Materno-Infantil (AMI). S. Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Universidad Autónoma de Barcelona.

bCentro médico psicopedagógico de Psiquiatría general y Psiquiatría de la Infancia y de la adolescencia Novomedigrup de Barcelona.

cComplejo Hospitalario Universitario de las Canarias. Tenerife.



dHospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Resumen

Introducción/antecedentes:

El Síndrome 22q11 también conocido como Velo-cardiofacial, de DiGeorge, de Shprintzen, de Takao, de Cayler o Sedlacková, es un síndrome de diferentes expresiones fenotípicas que presenta la característica común de una alteración genética por una microsupresión en el brazo largo del cromosoma 22 (22q11) 1, 8

La expresión fenotípica es muy amplia, incluyendo: anomalías físicas, deficiencias cognitivas y manifestaciones psiquiátricas, contabilizándose hasta más de 180 manifestaciones clínicas diferentes. 1, 8

Tiene una frecuencia de más de 1 de cada 5.000 nacidos vivos, siendo la microsupresión genética más frecuente en humanos. 1, 2, 7, 8

Hay publicaciones que lo asocian con dificultades en el aprendizaje y unos niveles intelectuales variados: desde la normalidad al retardo mental moderado. 1.

También está descrito que sufren una alta tasa de trastornos psiquiátricos, desarrollando uno de cada 3 trastornos psicóticos tipo esquizofrenia de inicio en la adultez temprana, siendo el factor de riesgo genético más frecuente identificable para esquizofrenia, siendo, recordemos la tasa en la población general de un 1%.

Además está documentado que estos pacientes padecen con mayor frecuencia trastornos psiquiátricos no esquizofrénicos como Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Trastorno Negativista Desafiante, Trastorno obsesivo Compulsivo, Trastornos del Animo, de Ansiedad y Autismo. 5, 9.

En cambio no presentan una especial relación con los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo: se han descrito tasas equivalentes a las de la población general.

La presencia de síntomas psicóticos en la niñez, un alto puntaje en la subescala de ansiedad / depresión del CBCL, especialmente la presencia de TOC, poseer el genotipo homocigoto para el alelo met del gen que codifica para la COMT (Catecol-o-metiltransferasa) y una caída del CI verbal, son factores predictores del desarrollo de Trastornos Psicóticos en la edad adulta. 3, 4, 5.

Hipótesis y Objetivos:

Nos proponemos la profundización en el conocimiento de esta patología genética, desde el punto de vista psiquiátrico, además como un posible modelo etiopatológico

de algunos trastornos psiquiátricos que se asocian con una frecuencia especialmente relevante con este cuadro, y para también su mejor atención y asistencia, en el marco de una unidad funcional especializada compuesta por todos los servicios relacionados con esta patología.

Material y Métodos:

Después de una revisión bibliográfica del tema por los autores de este póster, se desarrolló un protocolo específico para esta población, con cuaderno de recogida de datos que incluye: Recogida de datos generales, Entrevista con el paciente y con los padres, por separado y juntos, no estructurada según el modelo estándar habitual de la unidad que se completa con la entrevista estructurada del KIDIE-SADS; examen clínico psiquiátrico, anamnesis, y estudio psicotécnico general y específico.

Tras la pertinente información se procedió al consentimiento informado de la madre, tras el que se solicitó, también, el correspondiente informativo del niño. Se aplicó el protocolo diseñado, presentándose el primer caso estudiado.

Presentación del caso

Se trata de un chico de 8 años y 2 meses remitido a nuestro servicio por Hipoprosexia diagnosticado de Síndrome de 22q11 por el S de Genética clínica del Hospital Universitario Vall d'Hebron (HUVH).

La madre explica su preocupación por la conducta de su hijo, especialmente sobre su autonomía y avance escolar. Destaca que el chico desde siempre ha tenido fijación con algunos objetos y acciones por ejemplo: los mandos de aparatos eléctricos o abrir una puerta.

Presentando como sintomatología asociada: dificultades para expresarse oralmente (que ha ido mejorando con logopedia que sigue); persistente inatención y distractibilidad: "...él salta de una actividad a otra sin orden ni fin...".

Antecedentes Personales

Fisiológicos:

Embarazo: planeado, bien aceptado, que curso con diabetes gestacional.

Parto: nace a las 38 semanas, en el HUVH, pesando al nacer 2kg 850grs.

Desarrollo psicomotriz: camino sobre los 15-18 meses.

Desarrollo psicoafectivo: normal (p.e., a los 3 m. pre-



sento la sonrisa de reconocimiento).

Desarrollo del lenguaje demorado: inicio hacia los 3 o 4 años.

Inicia la escolarización en P2, que repitió por indicación/orientación del Equipo de asesoramiento psicopedagógico y en forma consensuada, por dificultad para adaptarse y expresarse oralmente.

Inicio la lectura y escritura a los 5 años con dificultad.

Su rendimiento académico ha sido bajo, pero muestra interés y curiosidad por aprender, según lo reportan maestra y logopeda.

Actualmente cursa el 2do primaria.

Personales Patológicas:

Diagnosticado de Síndrome 22q11 a los 2-2 ½ años. Presentando: Interrupción de arco aórtico tipo B sin Comunicación Intraventricular. Monorreno compensado. Otitis a repetición. Astigmatismo.

Por todo ello sigue control y seguimiento por varios Servicios del HUVH.

No antecedentes quirúrgicos.

Se entregaron cuestionarios de padres y de profesores: CBCL y Conners y se realizó un estudio psicotécnico con los siguientes resultados.

Resultados

Fue evaluado en 10 sesiones, durante las cuales acudió acompañado por su madre. Es un niño que colabora de manera espontánea, con dificultad para seguir instrucciones, con un ritmo muy variable de trabajo, demostrando cansancio a los pocos minutos de iniciada la tarea asignada.

Realiza pruebas de atención obteniendo en Test Caras un percentil Bajo, Test D2 un percentil Bajo, Test Puntos a Contar de Rey un percentil Alto para cuadros realizados y Alto para errores cometidos, TASS A con atención baja.

Test de Figura de Rey realiza con dificultad el análisis estructural de la figura tanto en la copia como en la reproducción de memoria donde se observa distorsión de la forma y omisión de figuras, obteniendo un Nivel Medio Bajo. Pudiendo concluir que tiene una capacidad media en los aspectos perceptivos próximos viso-espacial. En el Test de Bender realiza la copia de las tarjetas en forma correcta, en la figura 7 hace una copia en espejo, en los indicadores emocionales se manifiesta ansiedad, impulsividad e inseguridad.

Test Prolec-R se situó en un Nivel Global Bajo para su

curso educativo, demostrando dificultad en los 4 bloques de procesos lectores evaluados. Además hizo evidente también su dificultad para la escritura, tanto de letras como de números.

Obtiene una capacidad intelectual del percentil 15 para su grupo de edad en las Matrices Progresivas de Raven.

Todo lo que constituye (Diagnostico): Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad tipo Inatento con un Nivel intelectual bajo

(Cumpliendo criterios diagnósticos DSM-IV-TR y correspondiendo al código CIE-10: F 90.1 y F.70).

Conclusiones:

Se presenta el primer caso estudiado afecto del Síndrome 22q: chico de 8 años 2 meses cuyo estudio y valoración psiquiátrica ponen de relieve que asocia, desde el punto de vista psiquiátrico, un TDAH de tipo predominantemente inatento con un Nivel intelectual bajo, en concordancia con lo la literatura revisada, confirmando la necesidad de su estudio y valoración psiquiátrica de esta patología genética, así como la necesidad de incluir más casos para su mejor conocimiento, atención y prevención.

Referencias esenciales:

1. Gothelf D, Penniman L, Gu E, Eliez S, Reiss AL. (2007) Developmental trajectories of brain structure in adolescents with 22q11.2 deletion syndrome: a longitudinal study. *Schizophr Res. Nov; 96(1-3):72-81.*
2. Sobin C, Kiley-Brabeck K, Monk SH, Khuri J, Karayiorgou (2009). Sex differences in the behavior of children with the 22q11 deletion syndrome M. *Psychiatry Res. Mar 31; 166(1):24-34.*
3. Raux G, Bumsel E, Hecketsweiler B, van Amelsvoort T, Zinkstok J, Manouvrier-Hanu S, Fantini C, Brévière GM, Di Rosa G, et al. (2007) Involvement of hyperprolinemia in cognitive and psychiatric features of the 22q11 deletion syndrome. *Hum Mol Genet. 2007 Jan 1; 16(1):83-91.*
4. Delorme R, Moreno-De-Luca D, Gennetier A, Maier W, Chaste P, et al. (2010) Search for copy number variants in chromosomes 15q11-q13 and 22q11.2 in obsessive compulsive disorder. *BMC Med Genet. Jun 21; 11:100.*
5. Stoddard J, Niendam T, Hendren R, Carter C, Simon TJ. (2010) Attenuated positive symptoms



- of psychosis in adolescents with chromosome 22q11.2 deletion syndrome. *Schizophr Res.* May; 118(1-3):118-21.
6. Hoogendoorn ML, Vorstman JA, Jalali GR, Selten JP, Sinke RJ, Emanuel BS, Kahn RS. 2008. Prevalence of 22q11.2 deletions in 311 Dutch patients with schizophrenia. *Schizophr Res.* Jan; 98(1-3):84-8.
 7. Torres-Juan L, Rosell J, Morla M, Vidal-Pou C, García-Algas F, et al. 2007 Mutations in TBX1 genocopy the 22q11.2 deletion and duplication syndromes: a new susceptibility factor for mental retardation. *Eur J Hum Genet.* Jun; 15(6):658-63.
 8. Shprintzen RJ. Velo-cardio-facial syndrome: 30 Years of study. *DevDisabil Res Rev.* 2008; 14(1):3-10.
 9. Gothelf D, Penniman L, Gu E, Eliez S, Reiss AL. Developmental trajectories of brain structure in adolescents with 22q11.2 deletion syndrome: a longitudinal study. *Schizophr Res.* 2007 Nov;96(1-3):72-81.

INTERVENCIÓN EN LAS DIFICULTADES EN LA CRIANZA Y DESARROLLO EMOCIONAL A TRAVÉS DE GRUPOS PARALELOS HIJOS/PADRES. EVALUACIÓN DE RESULTADOS.

MC Valenzuela Soler (1), MA Fernández Marín (2), M González Cano-Caballero (3), MD Cano-Caballero Gálvez (4), I Fernández Marín (5)

(1) Enfermera Especialista en Pediatría y Salud Mental, USMI-J Granada

(2) Auxiliar de Enfermería, USMI-J Granada

(3) EIR de pediatría, Complejo Hospitalario Jaén

(4) Doctora UGR, EUE Virgen de las Nieves Granada

(5) Auxiliar de Enfermería, Hospital de Baza, Granada

Resumen

Introducción/antecedentes:

En la USMIJ de Granada se oferta una modalidad de tratamiento grupal que consiste en grupos paralelos de padres e hijos. Son dos grupos simultáneos, uno de psicoterapia para los niños y otro de psicoeducación y apoyo para sus padres.

Los objetivos del grupo de niños son:

- Modificar los aspectos regresivos y/o enfermos que frenan el proceso evolutivo del chico y potenciar los aspectos sanos.
- Mejorar las relaciones interpersonales.

Los objetivos del grupo de padres son:

- Ayudar a los padres a comprender la enfermedad de su hijo y dotarlos de conocimientos y habilidades para el cuidado de éste.
- Promover el cambio de las actitudes educativas y relacionales que dificultan el proceso evolutivo del niño y la relación familiar.
- Facilitar la expresión de los sentimientos de los padres con respecto a: su hijo, su rol parental y repercusión en sus otros roles.

El grupo esta indicado para niños de 11 a 13 años con patología neurótica, susceptible de tratamiento grupal, en cuyos padres se detecten dificultades para ejercer sus funciones parentales.

La terapeuta del grupo de niños es una Psicóloga Clínica y del grupo de padres una Enfermera y una Auxiliar de Enfermería.

Son grupos abiertos de frecuencia semanal. Las sesiones de ambos grupos son simultáneas, de 60 minutos de duración, además de una supervisión de 30 minutos entre las terapeutas.

Trimestralmente se realiza un grupo conjunto de evaluación entre: padres, hijos y terapeutas.

Hipótesis y Objetivos:

Describir y evaluar la experiencia del tratamiento grupal desde septiembre de 2005 a junio del 2012.

Material y Métodos:

Se realiza el análisis de los registros de las sesiones grupales y de las historias clínicas de los niños.

Resultados:

Durante este periodo han pasado por esta modalidad grupal 50 familias. De las cuales 44 han salido del grupo. Al ser un grupo abierto a fecha de evaluación, junio 2012, continúan en el grupo 6 familias.

Los datos que se presentan son de las 44 familias dadas de alta.

- La media de sesiones por familia ha sido de 17,36 sesiones.



- El nº de familias que se han ido de alta cumpliendo el objetivo de tratamiento grupal y habiendo resuelto el motivo por el que consultaron en la USMI-J han sido 27. De estas vuelven a consultar por un motivo diferente 7, y han tardado una media de 2 años.
- El nº de familias que han cubierto los objetivos del grupo, es decir, que el tratamiento grupal ha resultado efectivo, pero no han resuelto el motivo de consulta, han sido 6 familias. Pasan a otra modalidad de tratamiento.
- Rupturas sin mejorías con el grupo y la USMI-J, 3 familias.
- Altas sin mejoría 8 familias. Pasan a otra modalidad de tratamiento.
- La valoración que los padres hacen del grupo es:
 - o No se sienten solos con su problema, encuentran un espacio donde expresarlo y sentirse comprendidos.
 - o Aprenden como actuar con sus hijos y se sienten reforzados por el grupo para cambiar las actitudes educativas inadecuadas, a pesar de las dificultades que comporta.

Conclusiones:

1. Esta modalidad de tratamiento grupal es eficaz, ya que permite modificar los aspectos regresivos y/o enfermos que frenan el proceso evolutivo del chico y potencia sus aspectos sanos. Ayuda a los padres a comprender la enfermedad del niño y les dota de competencias para el cuidado del hijo y de sí mismos. Se consigue así, una mejoría en el desarrollo evolutivo del niño y en la calidad de vida familiar.
2. Se gana eficiencia, pues en una hora semanal y con tres terapeutas, se efectúa psicoterapia a 8 niños, así como psicoeducación y apoyo a sus padres.
3. Una evaluación del trabajo sirve para plantear objetivos de mejora.

Referencias esenciales:

1. Torras De Bea E. Grupos de hijos y de padres en psiquiatría infantil psicoanalítica. Barcelona: Paidós; 1996.
2. Cano-Caballero Gálvez; María Dolores. Valenzuela Soler; Carmen. Marfil Valenzuela; Francisco Enrique. González Cano-Caballero; María. Hernández Hernández; María José. Romero García; M^o Araceli. "Programa de Psicoeducación y

apoyo a padres". En: "Los espacios pedagógicos del cuidado. vol II. XXVI Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental en España; 1 AL 3 de Abril del 2009. Valencia: edit Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental de Valencia CECOVA; 2009, p. 195-200.

3. López Fraile E, Tárrega Esteller B. Grupo de padres con hijos con trastorno mental grave. *Psicopatol salud. Ment.* 2010;15: 85-92

AUTOLESIONES COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA EN LA ADOLESCENCIA

A Díaz de la Peña (1), M Jalón Urbina (2), CM Rodríguez Mercado (2), P Valladares Rodríguez (3), E Pesquera Fernández (4), A Carrillo Vázquez (4), AL Fernández López (4), Y Abón Ramos (4)

(1) Psiquiatra responsable de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Adolescentes Hospital Universitario Central de Asturias.

(2) MIR de Psiquiatría. Hospital Universitario Central de Asturias.

(3) Psiquiatra responsable de la Unidad de Hospitalización y del Hospital de Día de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Hospital Universitario Central de Asturias.

(4) DUE especialista en Psiquiatría. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Adolescentes. Hospital Universitario Central de Asturias.

Resumen

Introducción/antecedentes:

Nuestro trabajo habitual desarrollado con adolescentes en régimen de hospitalización total o parcial se ha visto en varias ocasiones complicado por la presencia de pacientes que se realizan autolesiones, habitualmente de forma superficial, que relacionamos con poca tolerancia a la frustración y que se ven en todo caso aumentadas en frecuencia con respecto a lo que ocurre en dichos pacientes fuera de la hospitalización.

Hipótesis y Objetivos: queremos describir los casos de autolesiones en pacientes menores de 18 años en régimen de hospitalización y sus correlaciones diagnósticas y pronóstico; aportamos nuestra interpretación en cuanto a su posible finalidad.



Material y Métodos: presentamos las características demográficas y clínicas de pacientes menores de 18 años que han llevado en cualquier momento de su hospitalización un gesto autolesivo.

Resultados: constatamos que el número de autolesiones en los pacientes en régimen de hospitalización parcial es mucho menor, que casi la totalidad de ellos son mujeres y que habitualmente son conductas que ya han presentado previamente al ingreso.

Conclusiones: consideramos que la autoagresión es a menudo una estrategia que los pacientes utilizan para regular las emociones y que los rasgos de personalidad predicen con frecuencia este tipo de comportamientos; queremos también recordar su posible relación con el riesgo de suicidio y las posibles estrategias de prevención.

PAPEL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DE ADOLESCENTES: TRABAJO TERAPÉUTICO MEDIANTE LOS TALLERES DE MANUALIDADES

A Díaz de la Peña (1), M Jalón Urbina (2), CM Rodríguez Mercado (2), E Pesquera Fernández (3), A Carrillo Vázquez (3), AL Fernández López (3), Y Abón Ramos (3)
(1) *Psiquiatra responsable de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Adolescentes Hospital Universitario Central de Asturias.*

(2) *MIR de Psiquiatría. Hospital Universitario Central de Asturias.*

(3) *DUE especialista en Psiquiatría. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Adolescentes. Hospital Universitario Central de Asturias.*

(4) *Psiquiatra responsable de la Unidad de Hospitalización y del Hospital de Día de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Hospital Universitario Central de Asturias.*

Resumen

Introducción/antecedentes:

Desde su inauguración en octubre de 2007, en la unidad de hospitalización psiquiátrica de adolescentes del Hospital Universitario Central de Asturias, gracias al trabajo de recopilación de enfermería, se ha llevado a cabo la descripción de varios talleres de arte y manualidades, así como talleres cognitivos y de psicomotricidad y relajación que han sido muy útiles en el trabajo terapéutico que nuestro personal de enfermería lleva a cabo durante la mayor parte del día con los pacientes hospitalizados.

Hipótesis y Objetivos: nos gustaría dar a conocer cómo se ha llevado a cabo la presentación de estos talleres, su formato y su utilidad en nuestra Unidad.

Material y Métodos: presentamos las características de nuestros talleres así como las dificultades que a lo largo de estos años de trabajo conjunto nos hemos encontrado, así como las soluciones empleadas.

Resultados: descripción de un taller de cada tipo.

Conclusiones: queremos manifestar que el formato de los talleres se ha ido modificando según las necesidades de la Unidad, y que el trabajo realizado ha sido laborioso dada la cantidad de detalles que se requiere en las descripciones; sin embargo, creemos poder estar orgullosos del resultado. Nuestros pacientes también han sido parte en todo momento con sus colaboraciones de muchas de las ideas utilizadas.





La revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil (abreviado: *Rev Psiquiatr Infanto-Juv*), de periodicidad trimestral, es la publicación oficial de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA), y tiene la finalidad de participar, a través de su publicación, en la mejora de la calidad de la asistencia clínica, de la investigación, de la docencia y de la gestión de todos los aspectos (teóricos y prácticos) relacionados con la psiquiatría del niño y el adolescente. Por ello, está interesada en la publicación de manuscritos que se basen en el estudio de estos contenidos desde sus distintos y diversos puntos de vista: genético, epidemiológico, clínico, psicoterápico, farmacológico, socio-sanitario, etc., así como desde el punto de vista social, cultural y económico.

La revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil se adhiere a los Requisitos Uniformes para Manuscritos presentados a *Revistas Biomédicas* (5ª edición, <http://www.icmje.org>): Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y las Normas de Vancouver, 1997.

Los originales para publicación deberán enviarse a la Secretaría Técnica de la Revista, a través de su correo electrónico, direccion.revista@aepnya.org, o del sistema disponible en su pagina web, www.aepnya.com, en la sección "Información para autoras/es". La Secretaría acusará recibo de los originales entregados e informará en su momento acerca de su aceptación y de la fecha de posible publicación.

Esta Normas de Publicación recogen los aspectos generales más utilizados en la redacción de un manuscrito. En aquellos casos en que estas normas sean demasiado generales para resolver un problema específico, deberá consultarse la página web del International Committee of Medical Journal Editors (<http://www.icmje.org>).

Los originales se presentará a doble espacio y con márgenes suficientes, escritos en cualquier procesador de texto estándar (a ser posible en WORD). Las hojas irán numeradas. En la primera página debe colocarse, en el orden que se cita, la siguiente información:

- Título original (en español e inglés).
- Inicial del nombre y apellidos del autor/autores.
- Nombre del Centro de trabajo. Población.
- Dirección del primer firmante y del autor al que se deba dirigir la correspondencia (incluyendo una dirección de correo electrónico).

e) Si el trabajo ha sido financiado, debe incluirse el origen y numeración de dicha financiación.

f) Si una parte o los resultados preliminares del trabajo han sido presentados previamente en reuniones, congresos o simposios, debe indicarse su nombre, ciudad y fecha, y deberá remitirse con el manuscrito el trabajo presentado, para certificar que el original contiene datos diferentes o resultados ampliados de los de la comunicación.

La segunda página corresponderá al Resumen y Palabras Clave. El resumen se hará en español e inglés, se presentará en hoja aparte y tendrá una extensión máxima de unas 250 palabras. Presentará una estructuración similar a la del manuscrito (vg., en el caso de artículos originales, Introducción, Objetivos, Material, Métodos, Resultados y Conclusiones). Para las secciones de Casos Clínicos y Comentarios Breves se incluirá un resumen de 150 palabras aproximadamente. A continuaciones indicarán hasta un máximo de cinco Palabras Clave elegidas de acuerdo con las normas de los índices médicos de uso más frecuente (Medical Subject Headings del Index Medicus), se tal manera que el trabajo pueda codificarse a través de ellas (cf. <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>).

En general, es deseable el mínimo de abreviaturas en el texto, aceptándose los términos empleados internacionalmente. Las abreviaturas serán definidas en el momento de su primera aparición. Cuando existan tres o más abreviaturas se recomienda su listado en una tabla presentada en hoja aparte.

Los fármacos deben mencionarse por su nombre genérico.

El aparataje utilizado para realizar técnicas de laboratorio y otras deben ser identificados por la marca y la dirección de sus fabricantes.

Los instrumentos de evaluación deben ser identificados por su nombre original, el traducido al español si existiera, su/s autor/es, año, e indicaciones sobre cómo obtenerlo (editorial, web de origen, etc.)

Los manuscritos pueden ser enviados para cualquiera de las Secciones de la Revista: Artículos Originales, Artículos de Revisión, Casos Clínicos, Comentarios Breves, Cartas al Director y Notas Bibliográficas. No obstante, será el Comité Editorial quien tomará la decisión definitiva respecto a la Sección correspondiente a cada manuscrito.

Los manuscritos aceptados quedarán como propiedad

permanente de la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de la misma. Todos los manuscritos deben ser inéditos, y no se aceptarán trabajos publicados en otra revista.

1.-Artículos Originales

Se consideran tales los trabajos de investigación originales sobre cualquiera de las áreas de interés de la Revista.

Como norma general, cada sección del manuscrito debe empezar en una página nueva, y estructurándose éste bajo la siguiente secuencia:

1. Primera página, tal y como se detalla más arriba
2. Resumen y Palabras claves (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba.
3. Introducción, en la que se explique el objeto del trabajo
4. Hipótesis y/o Objetivos
5. Material y Métodos, con la descripción del material utilizado y de la técnica y/o métodos seguidos
6. Resultados, con una exposición concisa de los datos obtenidos
7. Discusión
8. Conclusiones, y
9. Bibliografía (se recomienda no superar las 50 citas)

En el caso de tratarse de ensayos clínicos, la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil se adhiere a las condiciones definidas por la Declaración de Helsinki y sus ulteriores enmiendas (www.unav.es/cdb/amhelsinki2.pdf), también desarrolladas en los Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.icmje.org>). Para la publicación de ensayos clínicos deberá remitirse una copia de la aprobación del protocolo de las autoridades sanitarias de los países en los que se desarrolla la investigación experimental.

2.- Artículos de Revisión

Se consideran tales los trabajos fruto de una investigación donde se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones publicadas o no publicadas, sobre un área de interés de la Revista, con el fin de dar cuenta de sus avances y las tendencias de desarrollo. Se caracterizan por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica, y serán preferentemente revisiones sistemáticas.

Como norma general, cada sección del manuscrito debe empezar en una página nueva, y este debe estructurarse bajo la siguiente secuencia.:

1. Primera página, tal y como se detalla más arriba
2. Resumen y Palabras claves (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba
3. Introducción, en la que se explique el objeto del trabajo
4. Justificación y/o Objetivos de la Revisión
5. Métodos, si procede, de realización de la búsqueda y revisión bibliográfica
6. Desarrollo (la revisión propiamente dicha)
7. Conclusiones y
8. Bibliografía (se recomiendan entre 50 y 80 citas, aun-

que será flexible según el tema tratado)

3.-Casos Clínicos y Comentarios Breves

Se considerarán tales los originales con tamaño muestral limitado, o que describan casos clínicos que supongan una aportación importante al conocimiento de la enfermedad, o que revisen brevemente aspectos concretos de interés para los contenidos de la Revista.

Los trabajos publicados como Casos Clínicos o Comentarios Breves tendrán una extensión máxima de 10 folios, pudiendo contener una o dos figuras y/o tablas y hasta 10 citas bibliográficas. Se estructurarán bajo siguiente secuencia:

1. Primera página, tal y como se detalla más arriba
2. Resumen y Palabras claves (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba
3. Descripción del caso clínico, o desarrollo del comentario
4. Discusión
5. Conclusiones, y
6. Bibliografía (se recomienda no superar las 10 citas)

4.- Cartas al Director

En esta sección se admitirán comunicaciones breves y comunicaciones preliminares que por sus características puedan ser resumidas en un texto breve, así como aquellos comentarios y críticas científicas en relación a trabajos publicados en la Revista, y, de forma preferiblemente simultánea, las posibles réplicas a estos de sus autores, para lo cual les serán remitidas las Cartas previamente a su publicación (derecho a réplica). La extensión máxima será de 750 palabras, el número de citas bibliográficas no será superior a 10, y se admitirá, de ser necesario, una figura o una tabla.

5.- Notas Bibliográficas

En esta sección se incluirán comentarios sobre obras relevantes por sus contenidos acerca de las áreas de interés de la Revista.

6.- Secciones Especiales

Bajo este epígrafe se publicarán trabajos de interés particular para la Revista y que, por sus características, no encajen en los modelos antedichos. En general, serán secciones de carácter fijo y periódico, realizadas por encargo del Comité Editorial o a propuesta de autores socios de la AEPNYA, siempre con el compromiso del autor de mantener su periodicidad o con un diseño previo por parte de éste que indique la cantidad total de números de la Revista que contendrán la sección.

7.- Agenda

La sección de Agenda podrá contener notas relativas a asuntos de interés general, congresos, cursos y otras actividades que se consideren importantes para los lectores de la

Revista.

8.- Números Monográficos

Se podrá proponer por parte de los autores socios de AEP-NYA o del Comité Editorial la confección de números monográficos. En cualquier caso, el Comité Editorial y los autores estudiarán conjuntamente las características de los mismos.

Tablas y figuras

Las tablas deben estar numeradas independientemente, con números arábigos, por su orden de aparición en el texto, y deben contener el correspondiente título describiendo su contenido, de forma que sean comprensibles aisladas del texto del manuscrito. Están citadas en el texto en su lugar correspondiente.

Los dibujos y gráficos especiales deberán presentarse en formato electrónico adecuado (preferiblemente jpg o tiff). Deberán llevar una numeración correlativa conjunta, estarán debidamente citados en el texto y sus pies explicativos irán incorporados al texto en el lugar de su cita. En caso de utilización de formatos informáticos especiales, los autores deben ponerse en contacto con la Secretaría Técnica de la Revista para valorar la mejor solución. Si se reproducen fotografías o datos de pacientes, éstos no deben ser identificativos del sujeto, y se acompañarán del correspondiente consentimiento informado escrito que autorice su publicación, reproducción y divulgación en soporte papel y en Internet en formato de libre acceso en la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Bibliografía

Las referencias bibliográficas se presentarán todas la final del manuscrito, se numerarán por orden de aparición en el texto, y el número arábigo que corresponda a cada una será el que utilizará en el texto (en forma de superíndice sin paréntesis) para indicar que ese contenido del texto se relaciona con la referencia reseñada. Se recomienda incluir en la Bibliografía la citación de trabajos en español, considerados de relevancia por el/los autor/es, y en especial de la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Las citas deben ajustarse a las siguientes normas generales (normas de Vancouver: <http://www.icmje.org>):

- 1.- Artículo estándar: Apellido(s) e inicial(es) del autor/es* (sin puntuación y separados por una coma). Título completo del artículo en lengua original. Abreviatura** internacional de la revista seguida del año de publicación, volumen (número***), página inicial y final del artículo (Dunn JD, Reid GE, Bruening ML. Techniques for phosphopeptide enrichment prior to analysis by mass spectrometry. *Mass Spectrom Rev* 2010;29:29-54).

*Se mencionarán todos los autores cuando sean seis o menos; cuando sean siete o más deben citarse los seis primeros y añadir después las palabras "et al." Un estilo similar se empleará para las citas de los libros y capítulos de libros.

** Las abreviaturas internacionales de las revistas pueden

consultarse en la "List of Journals Indexed in Index Medicus", (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>).

*** El número es optativo si la revista dispone de nº de volumen.

- 2.- Libro: Autor/es o editor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; Año (Hassani S. *Mathematical physics. A modern introduction to its foundations*. New York: Springer-Verlag; 1999).
- 3.- Capítulo del libro: Autores del capítulo. Título del capítulo. En Director/es o Recopilador/es o Editor/es del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. p. página inicial-final del capítulo (Tsytoich VN, de Angelis U. *The kinetic approach to dusty plasmas*. En Nakamura Y, Yokota T, Sukla PK. *Frontiers in dusty plasmas*. Amsterdam: Elsevier; 2000. p. 21-28).
- 5.- Comunicaciones a Congresos, Reuniones, etc.: Autor/es. Título completo de la comunicación. En: nombre completo del Congreso, Reunión, etc. Lugar de celebración, fechas (Coon ET, Shaw BE, Spiegelman M. *Impacts of faulty geometry on fault system behaviors*. 2009 Southern California Earthquake Center Annual Meeting. Palm Springs, California. September 12-16, 2009).
- 4.- Citas electrónicas: Consultar <http://www.ub.es/biblio/citae-e.htm>. Formato básico: Autor de la página (Fecha de publicación o revisión de la página, si está disponible. Título de la página o lugar. [Medio utilizado]. Editor de la página, si está disponible. URL [Fecha de acceso] (Land, T. *Web extension to American Psychological Association style (WE-APAS)* [en línea]. Rev. 1.4. <http://www.beadsland.com/weapas> [Consulta: 14 marzo 1997].

Si una referencia se halla pendiente de publicación deberá describirse como [en prensa], siendo responsabilidad de los autores la veracidad de esta.

Envío de manuscritos

Los originales para publicación deberán enviarse a la Secretaría Técnica de la revista, a través de su correo electrónico, direccion.revista@aepnya.org, o del sistema disponible en su página web, www.aepnya.com, en la sección "Información para autor/es". La Secretaría acusará recibo de los originales entregados e informará en su momento acerca de su aceptación y de la fecha de posible publicación.

Todos los artículos deben acompañarse de una declaración de todos los autores del trabajo, manifestando que:

El manuscrito es remitido en exclusiva a la Revista de psiquiatría Infanto-Juvenil y no se ha enviado simultáneamente a cualquier otra publicación (ni está sometida a consideración), y no ha sido publicado previamente todo ni en parte. Esta última restricción no se aplica a los resúmenes derivados de las presentaciones en Congresos u otras reuniones científicas, ni a los originales que son extensión de los resultados preliminares del trabajo presentados previamente en reuniones, congresos, o simposios, debiendo en tal caso indicarse su nombre, ciudad y fecha, y remitirse junto con el manuscrito el trabajo presenta

do para certificar que el artículo original contiene datos diferentes o resultados ampliados de los de la comunicación.

Los autores son responsables de la investigación.

Los autores han participado en su concepto, diseño, análisis e interpretación de los datos, escritura y corrección, así como que aprueban el texto final enviado.

Los autores deberán especificar obligatoriamente si hay algún conflicto de interés en relación a su manuscrito. Especialmente, en estudios con productos comerciales los autores deberán declarar si poseen (o no) acuerdo alguno con las compañías cuyos productos aparecen en el manuscrito enviado o si han recibido (o no) ayudas económicas de cualquier tipo por parte de las mismas. Si el trabajo ha sido financiado, debe incluirse el origen y numeración de dicha financiación.

La Secretaría de Redacción acusará recibí de los originales entregados e informará en su momento acerca de su aceptación y de la fecha de posible publicación. El manuscrito será inicialmente examinado por el Comité Editorial, y si se considera susceptible de aceptación lo revisará y/o lo remitirá, de considerarse necesario, a al menos dos revisores externos considerados expertos en el tema. El Comité Editorial, directamente o una vez atendida la opinión de los revisores, se reserva el derecho de rechazar los trabajos que no juzgue apropiados, así como de proponer las modificaciones de los mismos que considere necesarias. Antes de la publicación en versión impresa o electrónica del artículo, el autor de correspondencia recibirá por correo electrónico las pruebas del mismo para su corrección, que deberán ser devueltas en el plazo de los 4 días siguientes a su recepción. De no recibirse dicha devolución, se entenderá que dichas pruebas se aceptan como definitivas.

La editorial remitirá a cada uno de los autores que haya facilitado su correo electrónico copia facsimilar digital en PDF de cada trabajo.

Revisión y revisión externa (peer review)

Se remitirán a revisión externa todos los manuscritos no rechazados en primera instancia por el Comité Editorial. Los manuscritos se remiten al menos a dos revisores considerados como expertos por la Revista de Psiquiatría Infante-Juvenil. La elección de los revisores para cada trabajo se realizará atendiendo al contenido del manuscrito. Dependiendo de los contenidos del manuscrito podrán solicitarse evaluaciones especializadas técnicas, estadísticas y farmacológicas, cuando los trabajos se refieran a ensayos clínicos y utilización de fármacos. En cualquier caso, todo el proceso de revisión será confidencial y anónimo, remitiéndose a los revisores los manuscritos sin la autoría.

A través de los informe realizados por los revisores, el Comité Editorial tomará la decisión de publicar o no el trabajo, pudiendo solicitar a los autores la aclaración de algunos puntos o la modificación de diferentes aspectos del manuscrito. En

este caso, el autor cuenta con un plazo máximo de un mes para remitir una nueva versión con los cambios propuesto. Pasado dicho término, si no se ha recibido una nueva versión, se considerará retirado el artículo. Asimismo, el Comité Editorial puede proponer la aceptación del trabajo en un apartado distinto al propuesto por los autores.

La editorial revisará los aspectos formales del trabajo, descritos en estas normas. Un manuscrito puede ser devuelto a sus autores por incumplimiento de las normas de presentación.

Una vez aceptados los trabajos, los manuscritos se someten a una corrección morfolingüística y de estilo. Los autores podrán comprobar los cambios realizados al recibir las galeradas, aprobar dichos cambios o sugerir modificaciones.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Las investigaciones origen de los artículos remitidos habrán de ajustarse a la Ley 14/2007 de 3 de julio de Investigación Biomédica y sus posteriores modificaciones, así como a la Declaración de Helsinki y sus posteriores enmiendas, y deberá manifestarse en el apartado de Métodos que el protocolo de investigación y el consentimiento informado fueron aprobados por el correspondiente Comité de Ética, aportando certificado del hecho. Si pudiera sospecharse la identidad de un paciente, o si pretende publicarse una fotografía de éste, deberá presentarse su correspondiente consentimiento informado.

En caso de existir conflictos de intereses, y/o de haber recibido patrocinio o beca, deberán manifestarse siempre.

En caso del uso de animales para experimentación u otros fines científicos, deberá facilitarse la declaración de cumplimiento de las leyes europeas y nacionales (Real Decreto 1201/2005 de 10 de octubre sobre protección de los animales utilizados para experimentación y otros fines científicos, y posteriores modificaciones y regulaciones).

Los autores son responsables de obtener los oportunos permisos para reproducir material (texto, tablas, figuras) de otras publicaciones.

En la lista de autores deben figurar únicamente aquellas personas que han contribuido intelectualmente al desarrollo del trabajo. En general, para figurar como autor se deben cumplir los siguientes requisitos:

1. Haber participado en la concepción y realización del trabajo que ha dado como resultado el artículo en cuestión.
2. Haber participado en la redacción del texto y en las posibles revisiones del mismo.
3. Haber aprobado la versión que finalmente va a ser publicada. La Secretaría de Redacción declina cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos.

El contenido del artículo debe ser completamente original, no haber sido publicado previamente, y no estar enviado a cualquier otra publicación ni sometido a consideración o revisión.



Esta última restricción no se aplica a los resúmenes derivados de las presentaciones en Congresos u otras reuniones científicas, ni a los originales que son extensión de los resultados preliminares del trabajo presentados previamente en reuniones, congresos o simposios, debiendo en tal caso indicarse su nombre, ciudad y fecha, y remitirse junto con el manuscrito el trabajo presentado para certificar que el artículo original contiene datos diferentes o resultados ampliados de los de la comunicación. Los autores deben ser conscientes de que no revelar que el material sometido a publicación ha sido ya total o parcialmente publicado constituye un grave quebranto de la ética científica.

Los autores deben mencionar en la sección de Métodos que los procedimientos utilizados en los pacientes y controles han sido realizados tras obtención del correspondiente consentimiento informado. El estudio habrá sido revisado y aprobado por los comités de Investigación y/o Ética de la institución donde se ha realizado.

En el caso de la descripción de Casos Clínicos, cuando el paciente pueda ser reconocido por la descripción de la enfermedad o por las figuras que ilustren el artículo, deberá enviarse el correspondiente consentimiento informado con el permiso para la publicación tanto del texto del artículo como de

las imágenes del mismo. Del mismo modo, los autores deberán declarar que han seguido los protocolos establecidos por sus respectivos centros sanitarios para acceder a los datos de las historias clínicas con el objeto de realizar este tipo de publicación con finalidad de investigación/divulgación para la comunidad científica.

VERIFICAR SIEMPRE ANTES DE REMITIR A LA SECRETARÍA

Compruebe el contenido de su envío:

1. Página titular incluyendo: título, lista de autores, nombre y dirección del centro, financiación, teléfono, e-mail.
2. Segunda página con resumen en español; resumen en inglés; palabras clave e español e inglés
3. Tablas y Figuras según el formato indicado, correctamente numeradas e identificadas en el manuscrito
4. Bibliografía estrictamente según los requisitos señalados en estas Normas de Publicación (no hacerlo podrá ser motivo de no aceptación)
5. Especificar la Sección de la Revista a la que se desea adscribir el manuscrito
6. Verificar las responsabilidades éticas y los conflictos de interés



