

revista de psiquiatría

# infanto-juvenil

Volumen 27 • Número 2 • 2010

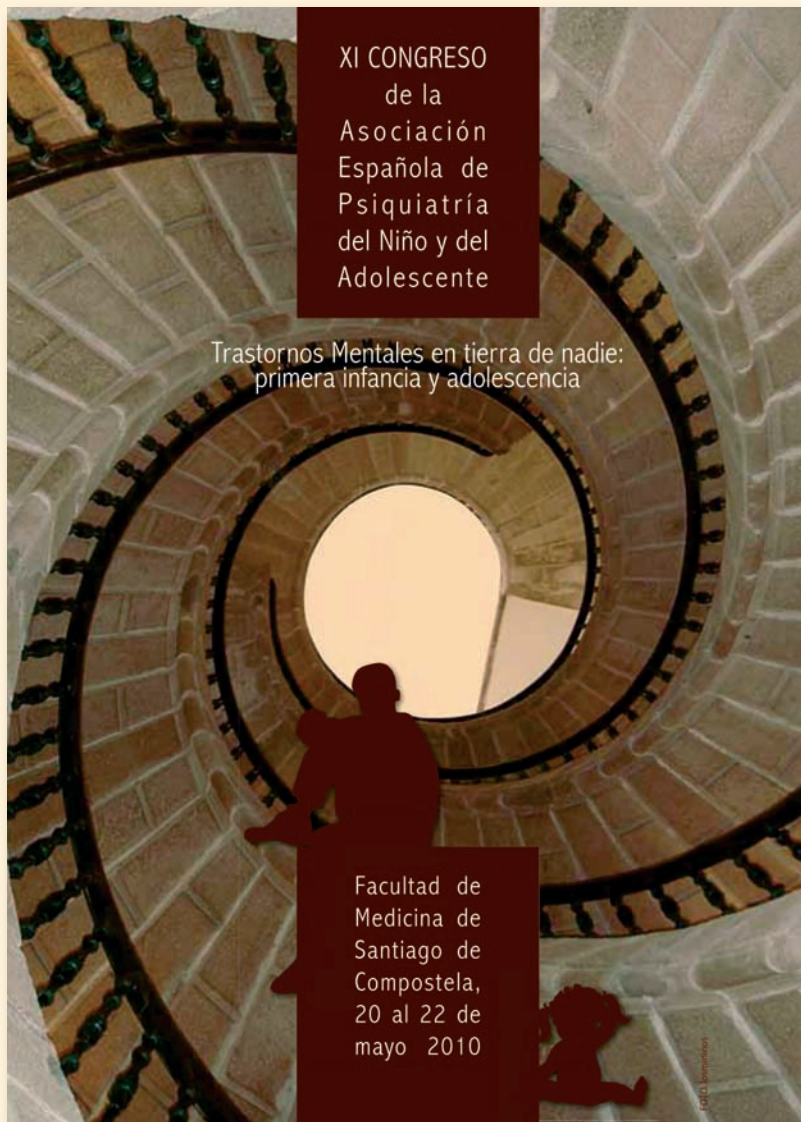
S  
U  
M  
A  
R  
I  
O

## ESPECIAL CONGRESO

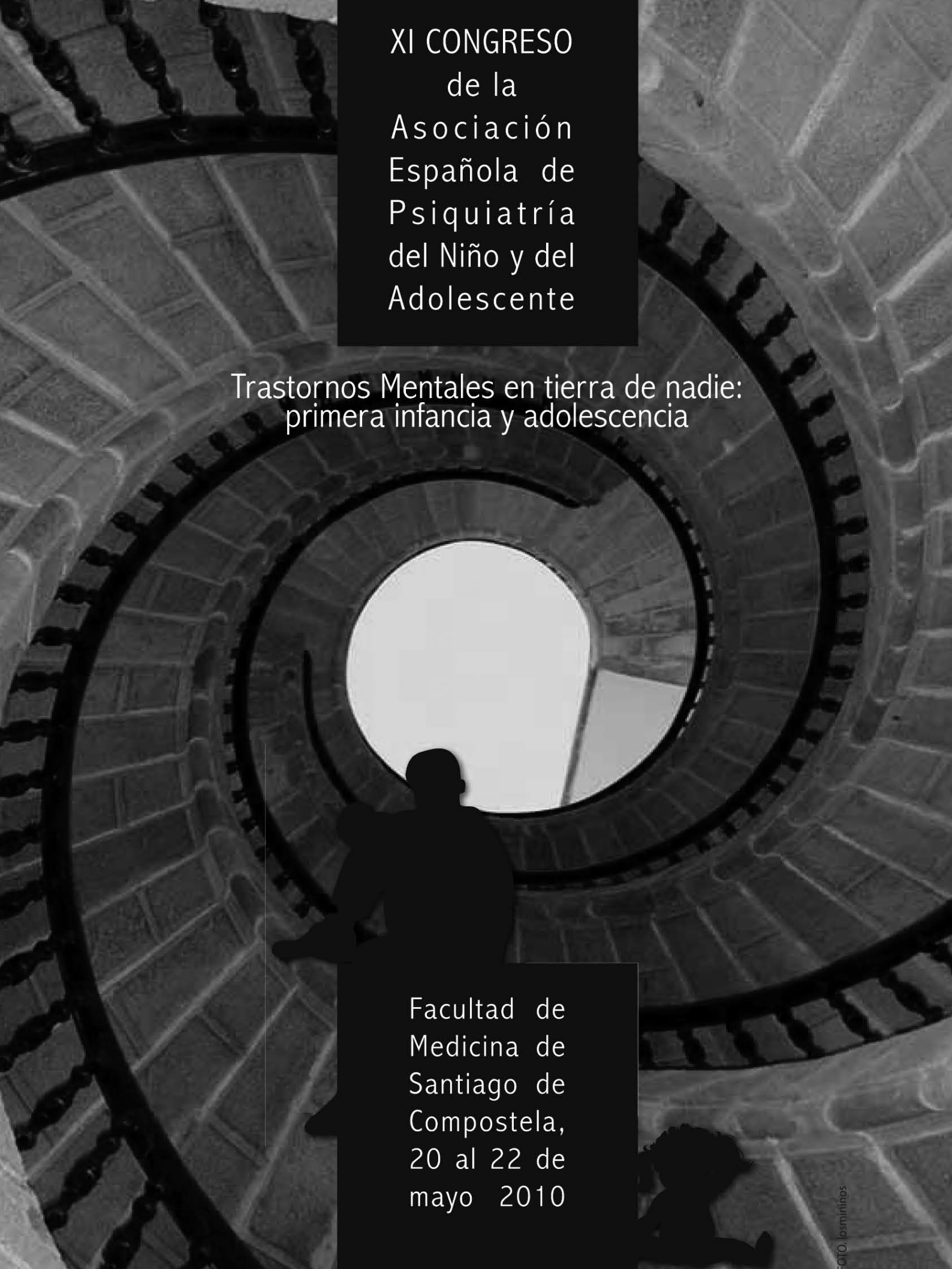
XI CONGRESO  
de la  
Asociación  
Española de  
Psiquiatría  
del Niño y del  
Adolescente

Trastornos Mentales en tierra de nadie:  
primera infancia y adolescencia

Facultad de  
Medicina de  
Santiago de  
Compostela,  
20 al 22 de  
mayo 2010



Edita Asociación Española de Psiquiatría  
del Niño y el Adolescente

A black and white photograph of a spiral staircase. The camera angle is from above, looking down the center of the spiral. The stone steps and the dark metal balustrade with decorative balusters create a strong sense of depth and rotation. At the bottom of the frame, the silhouette of a person is visible, looking up towards a bright circular opening at the top of the spiral. The overall mood is contemplative and somewhat somber.

XI CONGRESO  
de la  
Asociación  
Española de  
Psiquiatría  
del Niño y del  
Adolescente

Trastornos Mentales en tierra de nadie:  
primera infancia y adolescencia

Facultad de  
Medicina de  
Santiago de  
Compostela,  
20 al 22 de  
mayo 2010

## Comité Organizador

**Presidenta:** M<sup>a</sup> Dolores Domínguez Santos

**Secretaria:** Rosa Moure Moure

**Tesorero:** José Alfredo Mazaira Castro

**Vocales:** Alberte Araúxo Vilar  
Cristina Casal Pena  
M<sup>a</sup> Esther Díaz Rodríguez  
Ana María Gago Ageitos  
Pilar García Cortázar  
Lorena Gómez Guerrero  
Pilar López Ruíz  
Rosa Marnotes Fernández  
Belén Martínez Alonso

## Comité Científico

Antonio Agüero de Juan  
M<sup>a</sup> Jesús Alonso Antoraz  
José E. de la Fuente Sánchez  
Casilda Esquete López  
M<sup>a</sup> Jesús Mardomingo Sanz  
Federico Menéndez Osorio  
Dolores Mojarro Práxedes  
Consuelo Nogueira Enciso  
Joseph M. Rey  
Josep Toro i Trallero  
Angela Torres Iglesias  
Mariano Velilla Picazo

# Junta Directiva

Presidenta:

M<sup>a</sup> Dolores Domínguez Santos

Vicepresidenta

Concepción de la Rosa Fox

Secretaria:

Aránzazu Ortiz Villalobos

Tesorerera:

Aránzazu Fernández Rivas

Vocales:

Tomás José Cantó Diez

Josefina Castro Forniellas

María José Ruiz Lozano

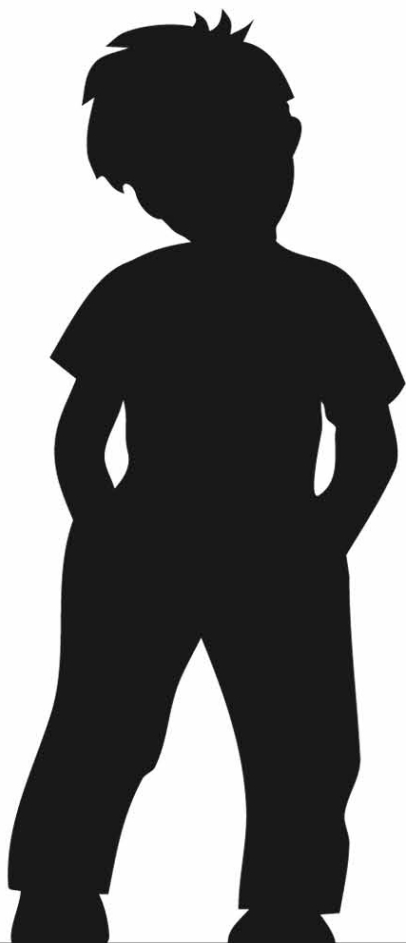
Presidenta

Comisión Científica

M<sup>a</sup> Dolores Mojarro Práxedes

Presidente Comisión  
de Publicaciones

Oscar Herreros Rodríguez



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

# Programa

JUEVES 20

11.00 - 14.30 TALLERES

Salón de Actos

## 1. Ética y psiquiatría del niño y del adolescente

Sabel Gabaldón Fraile

*Jefe de sección de psiquiatría. Master en bioética Hospital Sant Joan de Deu. Barcelona*

Montserrat Esquerda Aresté

*CSMIJ de Lleida, Sant Joan de Deu - Lleida*

*Profesora de bioética de la Universidad de Lleida*

Aula Castelao

## 2. Psicoeducación para padres de niño con trastorno generalizado del desarrollo

Cristina Vitoria Mendizábal. *D.U.E. Especialista en Salud Mental*

Cecilia García Moreno. *D.U.E. Especialista en Salud Mental*

Monserrat Rodríguez Parrón. *D.U.E. Especialista en Salud Mental*

Adolfo de los Santos Sánchez-Barbudo. *Psiquiatra infantojuvenil*

*U.S.M.I.J. "Virgen Macarena". Sevilla*

Aula Psiquiatría

## 3. Jugando para entrevistar

Gabriela Klepsh. *Psiquiatra infantil, Santiago de Compostela*

15.30 Entrega de documentación

16.00 SIMPOSIUM I: TDAH DE LA EVIDENCIA A LA CLÍNICA

Moderador: José Ángel Alda

*Psiquiatra, Barcelona*

## Calidad de vida del paciente con TDAH

José Ángel Alda

*Psiquiatra, Barcelona*

Salón de Actos

## Mecanismo de acción de los psicofármacos y eficacia del tratamiento para el TDAH

César Soutullo

*Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, Clínica Universitaria, Universidad de Navarra. Pamplona*

## Comorbilidad versus diagnóstico diferencial del paciente con TDAH

Dr. Josep Cornellá

*Director Médico del Centro Médico y Psicopedagógico Vértex. Profesor de EUSES-GARBI (Adscrito a la Universitat de Girona). Girona*

# Programa

JUEVES 20

## 16.00 SIMPOSIUM II: BASES GENÉTICAS DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Moderador: Montserrat Fernández Prieto  
*Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica. Santiago de Compostela*

### Bases genéticas de los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia

Ángel Carracedo  
*Profesor de la Universidad de Santiago de Compostela*

### Farmacogenética del tratamiento antipsicótico en esquizofrenia

Alejandro Gesteira  
*Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica. Santiago de Compostela*

### Interacciones gen-ambiente en trastornos mentales: /COMT/, cannabis y esquizofrenia

Javier Costas  
*Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica. Santiago de Compostela*

## 17.30 Pausa-café. Sesión pósters. Visita exposición comercial

## 18.00 Visita al casco histórico

## 19.30 CONFERENCIA INAUGURAL:

### “Adolescencia: entre el acoso y las conductas de riesgo.”

Josep Toro i Trallero  
*Profesor Emérito de Psiquiatría. Universidad de Barcelona*

## 20.30 Cóctel de bienvenida - Palacio de Fonseca

Aula Castelao

Salón Noble de Fonseca

# Programa

VIERNES 21

09.00 COMUNICACIONES I Sal6n de Actos  
COMUNICACIONES II Aula Castelao

## 10.00 PONENCIA: PSICOPATOLOGÍA EN LA EDAD PREESCOLAR

Moderadora: María Jes6s Mardomingo Sanz  
Jefa de la Secci6n de Psiquiatría y Psicología Infantil Hospital Gregorio Mara6n  
Profesora Asociada de la Universidad Complutense. Madrid

### Manifestaciones clínicas en la edad preescolar

Concha de la Rosa Fox

*Coordinadora USMI de Cádiz. Hospital Universitario Puerta del Mar.*

*Profesora Asociada de Psiquiatría Universidad de Cádiz*

### Dificultades diagn6sticas, compatibilidad e instrumentos de evaluaci6n en preescolares

Carlos Cordovilla

*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic Universitari. Barcelona*

### Diagn6stico e intervenci6n en los trastornos del espectro del autismo en la primera infancia. Continuidad asistencial

Montse Pàmias Massana

*Hospital Parc Taulí. Sabadell*

## 11.15 Pausa-café. Sesi6n pósters. Visita exposici6n comercial

### 11.45 Trastornos psiquiátricos de los padres y su repercusi6n temprana en los hijos

María Jes6s Mardomingo Sanz

*Jefa de la Secci6n de Psiquiatría y Psicología Infantil Hospital Gregorio Mara6n.*

*Profesora Asociada de la Universidad Complutense. Madrid*

### Psicofarmacología clínic a en preescolares. Estado actual

Óscar Herreros Rodríguez

*Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Tenerife*

12.30 Debate

Sal6n de Actos

Sal6n de Actos

# Programa

## 13.00 SIMPOSIUM SATÉLITE: EL PACIENTE ADOLESCENTE CON TDAH, UNA HISTORIA MULTIFACÉTICA

Aportaciones de los estudios genéticos en el TDAH

Antoni Ramos

*Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona*

Eficacia extendida del Tratamiento del TDAH: más allá de los síntomas centrales

César Soutullo

*Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, Clínica Universitaria, Universidad de Navarra. Pamplona*

Intervención en el adolescente con TDAH: más allá de la farmacología

Montse Pàmias

*Coordinadora de l'àrea de psiquiatría infantil i juvenil de Salut Mental. Parc Taulí, Sabadell*

## 14.00 Comida de trabajo

## 16.00 COMUNICACIONES I COMUNICACIONES II

Salón de Actos

Aula Castelao

## 17.00 SIMPOSIUM III: HOSPITALIZACIÓN PARCIAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

**Moderadora:** Luisa Lázaro

*Servicio de Psiquiatría y psicología infantil y juvenil. Hospital Clínic Universitari. Barcelona*

Hospital de día para niñ@s de 6-13 años

Montserrat Graell

Ángel Villaseñor

*Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid*

Implementación de estrategias conductuales (tratamiento contextual) en un Hospital de Día de niños y adolescentes

Elena Font

*Psicólogo Clínico. Hospital de Día. Hospital Clínic Universitari. Barcelona*

Angela Vidal

*Hospital Clínic Universitari. Barcelona*

Intervención multidisciplinar en un Hospital de Día de adolescentes

Joaquim Puntí

*Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. Barcelona*

Salón de Actos

Salón de Actos

VIERNES 21



# Programa

VIERNES 21

## 17.00 SIMPOSIUM IV: PSICOPATOLOGÍA EN LOS MENORES INTERNADOS EN CENTROS TERAPÉUTICOS Y DE PROTECCIÓN

**Moderador:** Javier San Sebastián

Jefe de la Unidad de Psiquiatría de Niños y Adolescentes. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

### Hipocresía Social o cómo proteger a menores con psicopatologías”

Javier Urrea Portillo

*Dr. en Psicología con la especialidad de clínica y pedagogo terapeuta. Profesor de la U.C.M. y psicólogo forense de la Fiscalía del Tribunal Superior de Justicia de Madrid. Escritor. Primer Defensor del Menor*

### Psicopatología en menores en Centros Terapéuticos : Datos clínicos y epidemiológicos en la actualidad

Ana Figueroa

*Psiquiatra de Niños y Adolescentes. Centro Terapéutico “Doramas” (Fundación Internacional O’Belen). Servicio Canario de Salud*

### La necesaria coordinación entre Salud Mental Infanto-Juvenil y los Centros Terapéuticos : Luces y sombras

Prudencio Rodríguez Ramos

*Psiquiatra de Niños y Adolescentes, Jefe de los Servicios de Salud Mental I-J de Tetuán (Madrid)*

### Psicopatología y adolescencia en un Centro Terapéutico de reforma: perfil de usuarios y modelo de intervención

Ricardo Fandiño

*Psicólogo Clínico y Psicoterapeuta. Centro Terapéutico de Reforma Motefiz (Fundación Internacional O’Belen/Xunta de Galicia) Ourense*

## 18.30 Pausa-café. Sesión pósters. Visita exposición comercial

## 19.00 Presentación libros y guías

### 1. Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (Editorial Médica Panamericana)

César Soutullo

*Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, Clínica Universitaria, Universidad de Navarra. Pamplona*

Aula Castelao

Salón de Actos

# Programa

María Jesús Mardomingo

*Jefa de la Sección de Psiquiatría y Psicología Infantil Hospital Gregorio Marañón.  
Profesora Asociada de la Universidad Complutense. Madrid*

## 2. Psicopatología en la Clínica Pediátrica (Ergon-Juste)

Javier San Sebastián

*Jefe de la Unidad de Psiquiatría de Niños y Adolescentes . Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid*

## 3. Guía Depresión (Elaborado por grupo de Psiquiatría Infantil de Galicia)

B. Martínez Alonso

## 4. TDAH a lo largo de la vida (Editorial Elsevier)

F.J. Quintero Gutiérrez del Álamo

19.30 Asamblea AEPNYA

21.30 Cena del Congreso

09.00 COMUNICACIONES I                      Salón de Actos  
COMUNICACIONES II                      Aula Castelao

## 10.00 PONENCIA: PSICOPATOLOGÍA EN LA ADOLESCENCIA

Moderadora: Ángela Torres Iglesias

*Profesora Titular de Psiquiatría. Unidade de Asesoramento e Apoio Médico-Psicolóxico. Facultadde de Medicina e Odontoloxía. Universidade de Santiago de Compostela.*

**Rasgos de personalidad: diferencias y similitudes entre trastornos generalizados del desarrollo y trastornos externalizantes en adolescentes**

Rafaela Caballero Andaluz

M<sup>a</sup> Dolores Mojarro Práxedes

Pedro Benjumea Pino

Departamento de Psiquiatría. Universidad de Sevilla

Salón de Actos

Salón de Actos

VIERNES 21

SÁBADO 22

# Programa

SÁBADO 22

Salón de Actos

## Trastornos de la personalidad en el adolescente

José E. de la Fuente Sánchez

Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría y Psicología infantil y Juvenil. Hospital Clínic Universitari. Barcelona

## Psicopatología de la delincuencia y la predelinuencia

M.C. Ballesteros Alcalde

C. Imaz Roncero

S. Geijo Uribe

11.30 Pausa-café. Sesión pósters. Visita exposición comercial

## Cannabis y psicopatología en el adolescente: una llamada a la responsabilidad social

Arantza Fernández Rivas

*Hospital de Basurto (Bilbao)/Osakidetza - Servicio Vasco de Salud*

## Adicciones sin sustancia: Nuevas tecnologías

Javier Goti

*Médico Psiquiatra. Unidad de Conductas Adictivas en Adolescentes (UNICA-A). Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y juvenil. Hospital Clínic. Barcelona*

Salón de Actos

12.45 Debate

13.15 CONFERENCIA DE CLAUSURA:

“La importancia del cuento tradicional en la formación de la mente infantil.”

Antonio Rodríguez Almodóvar

*Escritor e investigador*

Acto de clausura

Entrega de premios





## PSICOEDUCACIÓN PARA PADRES DE NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

**CRISTINA VITORIA MENDIZÁBAL (D.U.E. Especialista en Salud Mental)**  
**ADOLFO DE LOS SANTOS (Psiquiatra Infantojuvenil)**  
Unidad de Salud Mental Infantojuvenil  
"Virgen Macarena" Sevilla

Todo ser humano tiene una visión idealizada de su interior. Cuando los padres se enfrentan a un diagnóstico difícil de uno de sus hijos, que afecta tanto al individuo como a su familia, existe un gran sufrimiento debido al considerable impacto que supone la enfermedad. Al mismo tiempo van a aparecer problemas económicos, reacciones emocionales, estrés al sobrellevar un comportamiento alterado, perturbación de la rutina doméstica y la restricción de las actividades sociales o laborales.

Ante todo esto, lo usual es que acontezca una fase de shock (vivida como corte psicobiográfico). Los padres intuyen que les va a resultar muy difícil llevar a cabo su tarea y se sienten desorientados y desilusionados. Necesitan información clara y concisa dicha repetidamente para que poco a poco puedan ir adaptándose a ella. Les cuesta comprender cómo les ha podido pasar esto. Observan que el niño es estudiado por distintos profesionales sin saber en ocasiones qué les van a aportar. Enseguida comienzan las terapias con él/ella, y poco a poco van aprendiendo como tratarlo, pero les falta el poder hablar de sus miedos, de la angustia ante el futuro, de poder hablar con otras madres de sus experiencias y vivencias, de los estadios que van pasando, del día que asumieron que su niño era diferente y de saber que lo están haciendo bien.

Por todo esto comenzamos en el año 2007 unos programas de psicoeducación dirigidos a estos padres.

### ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

El programa consta de doce sesiones de dos horas de duración con una frecuencia mensual, durante un periodo de doce meses.

En la primera sesión, tras presentarnos y describir la metodología del trabajo, explicamos las normas del grupo indicando qué significa cada una de ellas: confidencialidad, asistencia, puntualidad y participación. Poste-

riormente realizamos la firma del consentimiento informado y procedemos a la entrega del cuaderno de recogida de datos, donde se incluye la encuesta de conocimientos previos.

En las siguientes sesiones se van a tratar temas como:

- 1.- ¿Que es el T.E.A?
- 2.- ¿Qué hacer si nuestro hijo ha sido diagnosticado de T.E.A?
- 3.- Los tratamientos utilizados.
- 4.- La enseñanza de sistemas alternativos de comunicación.
- 5.- La formación en realizar autocuidados y la autonomía personal.
- 6.- La actuación ante conductas como berrinches u otros trastornos de conducta.
- 7.- La finalidad de estas intervenciones está centrada en. Informar. Educar. Apoyar.

### OBJETIVOS DEL PROGRAMA

- 1.- Determinar si la puesta en práctica del programa de psicoeducación aumenta el afrontamiento dando lugar a un incremento del nivel de calidad de vida en cada uno de los miembros que habitan en esa familia.
  - 2.- Para llevar a cabo esto se han estudiado diferentes variables y posteriormente analizamos los cambios surgidos tras la realización del grupo.
  - 3.- Estimular el sistema de apoyo educativo que es muy importante para prevenir cualquier patología posterior que implique una dependencia total en el autocuidado o una dependencia parcial de los mismos.
  - 4.- Valorar la mejoría y su posible utilización como trabajo de soporte e información familiar.
  - 5.- En breves palabras: informar, educar y apoyar a los padres.
- Obstáculos a considerar que pueden dificultar la consecución de los objetivos del programa
- 1.- El sentimiento de culpa (por lo que hicieron o dejaron de hacer en el embarazo, por no haberse dado cuenta antes...).
  - 2.- La ansiedad anticipatoria (el futuro de sus hijos).
  - 3.- La disconformidad con el Sistema Sanitario.
  - 4.- La dificultad para aceptar diagnóstico del hijo.
  - 5.- El seguir viviendo tras el diagnóstico.



## 2 JUGANDO PARA ENTREVISTAR

GABRIELA KLEPSH (Psiquiatra Infantil, Santiago de Compostela)

### ENTREVISTA DE JUEGO

El examen psiquiátrico es fundamental como punto de partida a la comprensión total del niño, no sólo a nivel de su presencia en lo que engloba, sabiendo que viene cargado de lo que trae, de su propio mosaico genético, de las expectativas de sus padres, y de su propio ser.

Gracias a eso debemos plantear el examen con gran rigor, sin excluir nuestro saber, pero sí, nuestra experiencia como psiquiatras infantiles que también cargamos con nuestra historia más allá de nuestro recorrido en escenarios psiquiátricos.

Por eso no es cuestión de protocolos que tanto usamos, ni de clasificaciones viciadas de mandatos ajenos. Es crucial porque depende el seguimiento de un tratamiento o su anulación.

El examen comprende una evaluación pormenorizada de lo que se trae, no es una descripción meramente, entran en juego muchos factores: la demanda de los padres, la demanda del niño, la demanda del vínculo, y nosotros con nuestras expectativas de ese encuentro teñido con lo que nosotros traemos y demandamos.

La entrevista está rodeada de un clima especial donde dejamos que haya un espacio de comunicación donde se pueda expresar una información que adquiera sentido y se establezca un vínculo terapéutico.

El psiquiatra debe colocar al niño en un lugar donde él pueda expresar con comodidad, hay que utilizar técnicas que concuerden con su historia y su momento vivencial: esas herramientas son el juego, el dibujo y la palabra.

También tenemos que destacar que las herramientas tienen un sentido en la realidad del vínculo psiquiatra - niño, fuera de este no tiene sentido.

#### EL JUEGO

Cuando el bebe nace necesita adaptarse a un mundo nuevo, al cual deber a conocer y comprender. Sus capacidades perceptivas van forjando una noción de ese mundo, pero su incapacidad motriz limita su posibilidad de exploración, muchos de sus intentos de explorar se hallaran en la base de su futura actividad del juego.

Para el niño el juego es una experiencia natural, lo hace desde que nace jugando con los olores, los sabores, los contactos de su piel... A través de él se escenifica su mundo interior, proyecta en el futuro, busca satisfacer la

fantasía de su deseo, y controla sus angustias. Vemos un ejemplo muy claro en el juego del carrito de Freud, donde la interpretación se hace elocuente en el control de la angustia de separación, como en el juego tan común de nuestros niños: “el está, no está...”

El juego comienza desde el nacimiento, desde que entra en juego con su madre en reconocerla a través del olfato, de su voz, de su contacto con su piel. Esto prepara al niño para su desarrollo; así comienza el futuro juego simbólico. Como dice Arminda Aberastury en su libro primordial para todo nosotros “El niño y su Juego”: ... objeto de su amor y de su odio es la misma persona. Ya conoce a su madre, la ama y la rechaza, se siente amado y rechazado por ella, la toca y comienza a jugar con su cuerpo”...

En ese momento el niño comienza hacerse con poder sobre su mundo externo porque su cuerpo cambia y es capaz de controlar su movimiento. Es a partir de los 18 meses cuando comienza la representación mediante el juego. Es necesario tener juguetes en nuestro despacho que sean familiares para el niño, pero no con demasiada realidad, que significa que sean personajes humanos, casas, coches, cazuelas, animales, comidas etc.; tener un espacio para nosotros ser libres de movimiento y los niños también, poder ensuciarnos con ellos con plastilina, lápices de colores, barras de color, etc.: que el niño pueda expresar su vida fantasmática. En general el niño comienza a jugar con la tranquilidad de nuestra familiaridad, para nosotros es un lugar de observación fundamental, el pedido de que participemos también tiene un sentido para él y nosotros. Todos estamos de acuerdo que en el juego abrimos un mundo de fantasías y de mecanismos de defensas, pero si recurrimos a nuestros maestros vemos diferencias y muchos matices.

Si leemos a Melanie Klein, decía que el juego era como la asociación libre en el adulto; para Anna Freud hay una imitación de la realidad y es dirigido por el material presentado.

Lo que sí sabemos es que para el psiquiatra el juego es un espacio de comunicación donde se expresa lo que nos quiere decir, donde la palabra y el juego tienen un sentido para que nosotros podamos entender, conocer, saber porque está con nosotros.

Esto nos lleva a que, frente a nosotros, nos llegan unos padres con historia que los coloca en una posición afectiva ante el niño, donde hay un desarrollo evolutivo, un funcionamiento psíquico actual; así vemos tres niños que tenemos que tener en cuenta: el niño que nos traen los padres, el niño, y el niño que vemos. Por eso es



importante ver cómo los distintos autores veían la entrevista.

Para Anna Freud había tres ejes de conflictos:

- Conflictos externos, el niño y su entorno del cual son más o menos inevitables en el desarrollo del niño.
- Conflictos interiorizados, el deseo del niño relacionado con la actitud del entorno, el miedo del Super-Yo, el sentimiento de culpa, (autoridad de cómo es vivenciada por el niño).
- Conflictos internos debidos a los deseos ambivalentes amor y odio.

Es la importancia del niño en la tolerancia a la frustración, la capacidad de sublimar, la actitud ante la angustia.

Para Melanie Klein es importante la actitud del niño en el juego, el placer del juego, la expresión de sus fantasías en libertad respetando la adaptación de su reali-

dad, la presencia de emotividad no estorbando su desarrollo.

Winicott trabajaba en el dibujo, la técnica que llamo “squigle” en la cual el psiquiatra y el niño comienzan a dibujar y se complementa en un dibujo que lleva a tener un sentido, donde se desarrolla un espacio potencial en que el niño y el entrevistador tienen una finalidad interpretativa que no se siente invadido, por eso el autor insiste en la calidad de la entrevista mas allá de la calidad de la interpretación donde hay que ser muy cauteloso, y tener un tiempo de espera para lograr primero el vinculo necesario para dar lugar a la interpretación.

El clima de la entrevista que hablamos anteriormente, tiene crucial importancia porque hay una acción terapéutica: el resultado satisfactorio del encuentro somos nosotros con nuestra actitud ante el niño y los padres debe establecerse una alianza terapéutica.



## 2 CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

**JOSÉ ÁNGEL ALDA. Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona**

El TDAH es un trastorno de inicio en la infancia que comprende un patrón persistente de conductas de desatención, hiperactividad e impulsividad. Se considera que el trastorno está presente cuando estas conductas tienen mayor frecuencia e intensidad de lo que es habitual según la edad y el desarrollo de la persona, y tales manifestaciones interfieren de forma significativa en el rendimiento escolar o laboral, y en sus actividades cotidianas<sup>1</sup>. Representa un problema de salud pública debido a su elevada prevalencia, que se estima, según las fuentes epidemiológicas, entre un 3 y un 7% de la población escolar<sup>1</sup>. Los niños con este trastorno tienen un mayor riesgo de fracaso escolar, problemas de comportamiento y dificultades en las relaciones socio-familiares como consecuencia de los síntomas propios del TDAH. El curso del trastorno es crónico y requiere tratamiento a largo plazo, con el correspondiente coste social<sup>11</sup>.

No todos los pacientes que presentan un TDAH son correctamente identificados y tratados; y este hecho tendrá importantes repercusiones, tanto personales y familiares como de salud pública<sup>8</sup>.

Si el TDAH no es tratado o es infratratado, se asocia, a largo plazo, con una amplia gama de resultados adversos, como menor rendimiento académico, incremento de las expulsiones del colegio o abandono escolar, menor categoría profesional, más accidentes de conducción, aumento de las visitas a urgencias por accidentes, mayor incidencia de divorcio e incluso incremento de la delincuencia<sup>2,9</sup>. Estas situaciones influirán sobre la calidad de vida del paciente y de sus familias.

Es frecuente la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, como el trastorno negativista desafiante y los trastornos de aprendizaje, los trastornos por tics y los trastornos de ansiedad<sup>7,12</sup>. Tanto en la adolescencia como en la edad adulta, son frecuentes los problemas de baja autoestima y escasas habilidades sociales<sup>3,13,16</sup>.

En un estudio que comparaba la calidad de vida entre pacientes con TDAH y pacientes asmáticos, los

autores concluyeron que el TDAH interfiere en la vida diaria de niños, padres y familias más que el asma, principalmente en los aspectos relacionados con el funcionamiento psicosocial, y también conlleva el consecuente deterioro en el funcionamiento físico. Los retrasos en el reconocimiento, la valoración, y el tratamiento del TDAH puede afectar negativamente a la calidad de vida de estos niños. En este mismo estudio se observó que entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico del TDAH transcurren, de media, casi 6 años<sup>5</sup>.

Hay pruebas de que la percepción que tienen los padres de la enfermedad de sus hijos tiene un mayor impacto de lo que señalan los propios niños, y de que la concordancia entre padres e hijos, en general, es menor en aquellas dimensiones de salud menos «observables», como la función emocional o social<sup>4</sup>.

En un estudio que intentó evaluar la concordancia entre padres e hijos sobre los cambios producidos en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de niños tratados por TDAH durante un corto período de tiempo y comparar las puntuaciones con las normas de referencia de la población general, se obtuvo que las puntuaciones de los niños fueron similares a los valores de referencia poblacional, mientras que todas las dimensiones de la versión de padres presentaron en la visita inicial puntuaciones medias estandarizadas inferiores a los valores de referencia, y fueron próximas a los valores de referencia tras el tratamiento<sup>14</sup>.

En las familias encontramos ideas de autoculpabilidad, aislamiento social, conflictos conyugales, síntomas afectivos y de ansiedad, y menor productividad y aumento del absentismo laboral<sup>8,10</sup>.

Por otra parte, el impacto de la enfermedad en la salud pública y su carga para el sistema sanitario son considerables. Los costes sanitarios de los niños con TDAH son casi el doble que para los niños sin este trastorno, por lo que, en general, el coste de la enfermedad se estima que es superior a los 40 mil millones de dólares anuales sólo en Estados Unidos<sup>15</sup>.

Podemos afirmar que el control de los síntomas nucleares en pacientes con TDAH (hiperactividad-impulsividad, déficit de atención) es fundamental para una correcta evolución del trastorno, pero también es importante poder encontrar tratamientos eficaces que mejoren al mismo tiempo los deterioros sociales y emocionales que en un alto porcentaje acompañan a estos pacientes y a sus familias y que interfieren en la calidad de vida de los mismos.



## BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-IV Texto revisado. Barcelona: Masson; 2001.
2. Barkley RA. The Nature of ADHD. History. En: Barkley RA, editor. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for diagnosis and treatment. 3ª ed. London: The Guilford Press; 2006. pp. 3-75.
3. Biederman J, Wilens T, Mick E, Faraone SV, Weber W, Curtis S, et al. Is ADHD a risk factor for psychoactive substance use disorders? Findings from a four-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36 (1): 21-9.
4. Eiser C, Morse R. Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood. *Health Technol Assess* 2001; 5: 1-157.
5. Escobar R, Soutullo CA, Hervas A, Gastaminza X, Polavieja P, Gilaberte I. Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. *Pediatrics* 2005; 116 (3): e364-e369.
6. Goldman LS, Genel M, Bezman RJ, Slanetz PJ. Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *JAMA* 1998; 279 (14): 1100-7.
7. Jensen PS, Martin D, Cantwell DP. Comorbidity in ADHD: implications for research, practice, and DSM-V. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36 (8): 1065-79.
8. Johnston C, Mash EJ. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2001; 4 (3): 183-207.
9. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, Hynes ME. Educational and occupational outcome of hyperactive boys grown up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36 (9): 1222-7.
10. Mash EJ, Johnston C. Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51 (1): 86-99.
11. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. 2009. En prensa.
12. MTA Cooperative Group. 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. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56 (12): 1073-86.
13. Pomerleau OF, Downey KK, Stelson FW, Pomerleau CS. Cigarette smoking in adult patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *J Subst Abuse* 1995; 7 (3): 373-8.
14. Rajmil L, Estrada MD, Herdman M, Serra-Sutton V, Tebé C, Izaguirre J, Alda JA, Alonso J, Riley AW, Forrest CB, Starfield B Parent-child agreement in the health related quality of life (HRQOL) of children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a longitudinal study. *An Pediatr (Barc)* 2009; 70 (6): 553-61.
15. Schlander M. Impact of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) on prescription drug spending for children and adolescents: increasing relevance of health economic evidence. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2007; 1 (1): 13.
16. Wilens TE, Prince JB, Biederman J, Spencer TJ, Frances RJ. Attention-deficit hyperactivity disorder and comorbid substance use disorders in adults. *Psychiatr Serv* 1995; 46 (8): 761-765.

## MECANISMO DE ACCIÓN DE LOS PSICOFÁRMACOS Y EFICACIA EN EL TRATAMIENTO DEL TDAH

**CÉSAR SOUTULLO ESPERÓN. Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.**

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El TDAH es uno de los trastornos más frecuentes en niños y adolescentes y frecuentemente está infradiagnosticado e infratratado.

Los objetivos principales del tratamiento son disminuir o eliminar los síntomas cardinales del TDAH (y de la comorbilidad psiquiátrica), optimizar el rendimiento académico y el funcionamiento social, adaptar el entorno a las necesidades del paciente y facilitar la transición a la vida adulta.

El tratamiento del TDAH se compone de tres partes:

1. Psicoeducación y entrenamiento a los padres en el manejo conductual de los síntomas;
2. Apoyo escolar; y,
3. Tratamiento farmacológico.

### MÉTODO

Realizamos una revisión sobre el mecanismo de acción y eficacia de los psicofármacos aprobados para el tratamiento del TDAH:

1. estimulantes: metilfenidato y anfetaminas (estas últimas no disponibles en España), y
2. no estimulantes: atomoxetina y guanfacina (esta última no disponible en España).

### RESULTADOS

1. Las guías clínicas españolas e internacionales recomiendan el tratamiento farmacológico como el más





- 4 coste-efectivo y de primera elección en niños a partir de los 6 años con TDAH grave o moderado.
2. Los fármacos de primera línea disponibles en España son: estimulantes y atomoxetina.
  3. El metilfenidato inhibe la recaptación de dopamina a nivel del córtex frontal, núcleo accumbens y estriado. Tiene una eficacia demostrada desde hace muchos años, un tamaño del efecto robusto (1,0 o superior según estudios), y un efecto rápido en las primeras semanas del tratamiento. Hay disponibles formulaciones de efecto corto (4 horas), efecto intermedio (8 horas) y efecto largo (12 horas).
  4. La atomoxetina inhibe la recaptación de noradrenalina y por ese efecto aumenta el nivel de dopamina en el córtex frontal. No tiene efecto en núcleo accumbens ni en el estriado. Tiene eficacia demostrada y es un fármaco muy estudiado. Su efecto puede tardar entre 3 y 12 semanas en verse, y el tamaño del efecto es algo inferior al de los estimulantes (0,7-0,8).

### CONCLUSIONES

1. Las medicaciones de primera línea aprobadas para niños y adolescentes con TDAH son: estimulantes (metilfenidato y dextroanfetamina), y no estimulantes (atomoxetina y guanfacina). No todas ellas están disponibles todavía en España.
2. Es importante conocer bien el patrón de liberación y de efecto a lo largo del día de las diferentes medicaciones disponibles.
3. El tamaño del efecto para los estimulantes (1,0) es mayor que para la atomoxetina (0,7), aunque estas diferencias no son tan grandes en estudios largos de pacientes recién diagnosticados sin tratamiento previo, por lo que pueden ser debidas a la metodología del estudio (tamaño del efecto de atomoxetina 0,82).
4. Los estimulantes tienen un patrón de eficacia más rápido, y su efecto beneficioso se nota en las primeras 2 semanas. La atomoxetina tiene un patrón de eficacia más lento, y su efecto completo puede no verse hasta la semana 12. Los estudios indican que un buen predictor de si el paciente va a ser respondedor o no a atomoxetina es la respuesta a las 4 semanas.
5. Para la elección del fármaco deben tenerse en cuenta: comorbilidad psiquiátrica, efectos secundarios, adherencia al tratamiento, potencial de abuso, y preferencia de los padres. Debe ser una decisión

clínica de los padres, tras ser informados por el médico.

6. La necesidad de continuar el tratamiento debe evaluarse periódicamente, pero no se recomienda parar el tratamiento los fines de semana o en las vacaciones escolares.
7. El tratamiento debe ser multimodal, multidisciplinar, y diseñado específicamente para las características clínicas y biopsicosociales de cada niño y cada familia.

### BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Official Action. Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children, Adolescents and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46 (7): 896-921.
2. San Sebastián J., Soutullo C. y Figueroa A. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En: Cesar Soutullo y Maria Jesús Mardomingo, coords. *Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Editorial Médica Panamericana, 2010.

## COMORBILIDAD VERSUS DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL PACIENTE CON TDAH

**JOSEP CORNELLÀ I CANALS. Doctor en Medicina. Pediatra. Master en Paidopsiquiatría. Profesor de EUSES – Universitat de Girona**

El profesor Peter Hill (catedrático de psiquiatría infantil y jefe de la unidad de TDAH en el Great Ormond Street Hospital for Children, de Londres), en su clínica hiperespecializada de Londres, atiende niños referidos por otros paidopsiquiatras de Londres para confirmar el diagnóstico de TDAH. Tras el estudio pormenorizado de los 100 últimos casos atendidos en 2002, concluyó:

- En 18 casos se confirmó un TDAH.
- En 37 casos, existía un TDAH, pero no solamente un TDAH.
- En 45 casos la sintomatología podía parecer un TDAH, pero no se trataba de un TDAH.

O sea, que casi la mitad de los casos ya diagnosticados por otros especialistas en psiquiatría del niño y del adolescente como TDAH no padecían el mencionado trastorno.



De estos 45 casos que no correspondían a un TDAH, los diagnósticos finales fueron:

- Trastornos del espectro autista: 10 casos
- Trastornos de ansiedad: 8 casos
- Trastornos del vínculo afectivo: 5 casos
- Trastornos globales del aprendizaje, con C.I.>50: 4 casos
- Trastornos de conducta aislados: 4 casos
- Trastorno de Tourette: 3 casos
- Trastornos del desarrollo del lenguaje: 3 casos
- Trastornos primarios del sueño: 3 casos
- Trastornos aislados de la memoria auditiva: 2 casos
- Episodios de hiperactividad en un síndrome de Kleine Levin: 1 caso
- Episodios de hiperactividad en un trastorno ciclotímico: 1 caso
- Daño en el lóbulo frontal: 1 caso

Llama la atención como los trastornos del espectro autista ocupan el primer lugar. Y es que el diagnóstico diferencial puede ser complejo, y la comorbilidad en los trastornos del desarrollo es amplia. Kaplan (1998) propone el siguiente esquema:

No negamos la presencia de trastornos comórbidos en el TDAH, tales como:

- Trastorno negativista y desafiante: 40 – 70 %
- Trastornos de ansiedad: 30 – 40 %
- Trastornos del estado de ánimo: 30 %
- Trastornos por tics y trastornos por abuso de sustancias, en porcentajes no bien determinados.

Pero no podemos olvidar las situaciones concomitantes que pueden asociarse al niño que presenta un supuesto TDAH, y que no deben pasar desapercibidas en una correcta evaluación:

- Estrés familiar, crisis en la familia.
- Fracaso académico.
- Baja autoestima.
- Socialización pobre.
- TDAH en otros miembros de la familia.

El diagnóstico de TDAH supone un exhaustivo estudio y observación del niño y de la familia con el objetivo de afinar el diagnóstico diferencial, valorar debidamente las comorbilidades, y reconocer el perjuicio y los problemas asociados al TDAH. Por ello es del todo necesario que se analicen los hechos clínicos y las situaciones críticas a fin de poder evaluar la eficacia de un tratamiento.

#### OBSERVACIONES PROPIAS

Con el fin de hacer un análisis clínico, hemos revisa-

do en nuestra consulta los 158 casos derivados por pediatras, médicos de familia o psicólogos como posibles TDAH durante tres años. El 80,4 % son muchachos y el 19,6 % son muchachas. La edad de la muestra oscila entre los 4 y los 24 años, situándose la media en 11,7 +/- 3,2 años.

Los principales motivos de consulta fueron el déficit de atención y concentración, así como las dificultades en el rendimiento escolar. Seguían la inquietud motora y los trastornos de conducta.

Aplicando criterios clínicos estrictos, y evaluando sobre todo el seguimiento, solamente hemos podido afirmar que una tercera parte de nuestros pacientes presentaban un TDA, con o sin hiperactividad. En los demás casos los diagnósticos apuntaban principalmente hacia retrasos madurativos del Sistema Nervioso, trastornos emocionales, trastornos adaptativos, o déficits educativos. Ocupan también un destacado lugar los trastornos de la vinculación afectiva (niños adoptados).

#### Reflexiones y conclusiones finales

- El TDAH existe y ha existido desde siempre.
- Su frecuencia oscila entre el 3 y el 5 % de la población. Y se mantiene.
- El aumento de diagnóstico en la actualidad se debe al sistema educativo (mayor dispersión en las materias), al aumento de estímulos capaces de causar distracción, y a las presiones mediáticas, de las que algunas casas comerciales no están ausentes. ¿Evidenciamos síntomas o diagnosticamos trastornos?
- Existe una paradoja: hay un exceso de casos diagnosticados de TDAH y que no tienen un TDAH; y, a la vez, existen niños con TDAH sin diagnosticar.
- Hemos observado demasiados niños falsamente diagnosticados de TDAH, recibiendo un tratamiento no adecuado y, en ocasiones, perjudicial.
- Hay que extremar el diagnóstico diferencial. Cuanto más se avanza en el diagnóstico diferencial, menos son los trastornos comórbidos que se asocian al TDAH.
- No todo niño que se mueve o se distrae tiene un TDAH. El niño tiene derecho a ser rebelde.
- Descartados los posibles trastornos neurológicos, el niño con sospecha de TDAH debe ser evaluado por un psiquiatra de niños y adolescentes, o pidiopsiquiatra.
- Hay que prestar especial atención a los niños que han sido adoptados y que han estado un largo tiempo en situación de falta de vínculo afectivo. En muchos



6 casos aparecen síntomas de TDAH, pero no se trata de TDAH.

- Hay que ser muy cauto a la hora de utilizar las escalas y de valorar sus resultados.
- Y hay que ser muy crítico ante los diagnósticos que pueden parecer fáciles y pueden esconder otras patologías.

Si los médicos no somos estrictos en el diagnóstico del TDAH, y somos cautos a la hora de diagnosticar (el diagnóstico, a veces, solo se conseguirá tras años de seguimiento y observación), contribuiremos al descrédito que tiene el TDAH entre algunos profesionales de la educación, pues aparece como “cajón de sastre” para colocar al niño que no sigue el ritmo adecuado.

#### EN RESUMEN

Se ha escrito mucho sobre la comorbilidad del TDA. Pero no se ha resuelto el problema de qué es lo primario y qué es lo secundario. Ya que el tratamiento con metilfenidato suele ayudar a mejorar la atención y concentración en muchos casos (independientemente del diagnóstico), muchos niños y adolescentes van a quedar sin diagnosticar de forma adecuada, con las consecuencias que ello pueda tener para el futuro de su salud mental. Es necesario plantearse siempre si el déficit de atención es un síntoma de otra patología o constituye una entidad genuina por sí misma, por lo que debe apurarse el diagnóstico diferencial.

#### BIBLIOGRAFIA BÁSICA

1. Cornellà J, Llusent A. evaluación psicoeducativa del niño y del adolescente con un trastorno por déficit de atención, con o sin hiperactividad. En Tomàs J, Casas M, editores. TDAH: hiperactividad. Niños movidos e inquietos. Barcelona: Editorial Laertes; 2004. p. 344-51.
2. Hill P. Attention-deficit hyperactivity disorder: a UK perspective. *Nat Clin Pract Neurol* 2008; 4 (3): 120-1.
3. Hill P, Taylor E. An auditable protocol for treating attention deficit/hyperactivity disorder. *Arch Dis Child* 2001; 84 (5): 404-9.
4. Hill P. Attention deficit hyperactivity disorder. *Arch Dis Child* 1998; 79 (5): 381-4.
5. Hill P. Hyperactivity and its primary disorders in the childhood population. *Epidemiol Psichiatr Soc* 1998; 7 (3): 167-72.
6. Kaplan BJ, Dewey D, Crawford SG, Fisher GC. Deficits in long-term memory are not characteristic of ADHD. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder. J Clin Exp Neuropsychol* 1998; 20 (4): 518-28.
7. Nutt DJ, Fone K, Asherson P, Bramble D, Hill P, Matthews K, Morris KA, Santosh P, Sonuga-Barke E, Taylor E, Weiss M, Young S; British Association for Psychopharmacology. Evidence-based guidelines for management of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents in transition to adult services and in adults: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2007; 21 (1): 10-41.
8. Williams J, Hill P. Attention deficit hyperactivity disorder. *Practitioner* 2005; 249 (1672): 516, 519-20, 522-6.



## BASES GENÉTICAS DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

ÁNGEL CARRACEDO, XABIER COSTAS. **Grupo de Medicina Xenómica. Universidade de Santiago y Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica**

Los avances en genómica, tanto desde el punto de vista tecnológico como desde el punto de vista del conocimiento, están produciendo un gran avance en el conocimiento de los trastornos psiquiátricos en edad infantil y juvenil.

Ya casi desde el comienzo del Proyecto Genoma Humano, el descubrimiento de zonas del genoma muy variables (microsatélites) permitió la realización de estudios de ligamiento muy eficaces que han posibilitado encontrar los loci genéticos responsables de muchas enfermedades genéticas mendelianas que cursan con alteraciones cognitivas o de comportamiento en edad infantil.

El avance en técnicas citogenéticas y moleculares, que se han abaratado considerablemente a la vez que han mejorado en eficacia, está permitiendo el diagnóstico de muchas enfermedades genéticas de tipo cromosómico, pero en la mayoría de los casos son microdeleciones o mutaciones las causantes del problema, que pueden ser determinadas mediante técnicas moleculares y fundamentalmente mediante secuenciación. Un buen ejemplo de estas últimas son el síndrome de Williams para el caso de las microdeleciones y el síndrome de Rett, en el que muchos casos son producidos por mutaciones en el gen MECP2, cuyo análisis molecular está ya proporcionando claves para entender su etiopatogenia así como nuevas ideas para su tratamiento<sup>1</sup>.

La mayoría de las enfermedades psiquiátricas son, sin embargo, más complejas, y obedecen a un conjunto de causas variadas, de modo que sólo la combinación de metodologías permite una aproximación más eficaz al problema.

Un claro ejemplo es el autismo. El uso de una combinación de técnicas moleculares permite diagnosticar un subconjunto de casos de X-frágil y sobre todo un porcentaje cercano al 20% de casos que tienen deleciones o duplicaciones submicroscópicas<sup>2</sup>.

Con todo, en la mayoría de los casos de autismo no se

pueden encontrar las causas moleculares que subyacen, al igual que ocurre con la gran mayoría de las enfermedades psiquiátricas. La razón es que estamos hablando de enfermedades complejas que son multigénicas, pero en las que el ambiente tiene también influencia, y en las que hasta hace bien poco era prácticamente imposible encontrar los genes que subyacen, pues estamos hablando de múltiples interacciones gen-gen-ambiente en enfermedades en las que, además, el fenotipo no está en general claramente definido.

El gran avance de la genómica es muy reciente, y deriva de la posibilidad de encontrar esos genes y con ello claves para entender las bases moleculares de las enfermedades complejas, lo que permitirá sin duda tratarlas mejor y clasificarlas mejor.

Estos avances vienen de la mano del descubrimiento de variaciones nucleotídicas simples en todo el genoma (SNPs, single nucleotide polymorphism), así como la catalogación (conseguida a través del proyecto internacional HapMap) de los Tag SNPs que definen bloques de desequilibrio de ligamiento del genoma humano.

Gracias a ello, y mediante chips de ADN que contienen hasta un millón de estos SNPs y sondas adicionales para analizar otra variación estructural del genoma conocida como CNVs (variantes de número de copias), se pueden realizar estudios de asociación denominados GWAS (Genome Wide Association Studies), que están dando la clave para encontrar genes o regiones génicas que están, con seguridad, involucradas en estos procesos.

Así, se están encontrando genes que provocan predisposición a numerosas enfermedades psiquiátricas como autismo, TDAH, depresión, esquizofrenia, etc., que de momento explican sólo una pequeña parte del riesgo genético asociado a las mismas pero están arrojando claves para entenderlas mejor, y abriendo nuevas hipótesis enormemente atractivas que en el futuro próximo nos permitirán subclasificarlas y tratarlas mejor<sup>3</sup>.

En este último sentido la farmacogenética, esto es, la búsqueda de biomarcadores a nivel del ADN que nos permitan explicar la respuesta a fármacos, y también el uso de estudios de asociación con genes candidatos o con GWAS, están experimentando avances notables y tienen un futuro enormemente prometedor<sup>4</sup>.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Hebebrand J, Scherag A, Schimmelmann BG, Hinney A. Child and adolescent psychiatric genetics. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010; 19 (3): 259-79.
2. Shen Y, Dies KA, Holm IA et al. Autism Consortium Clinical



2

- Genetics/DNA Diagnostics Collaboration. Clinical genetic testing for patients with autism spectrum disorders. *Pediatrics* 2010; 125 (4): e727-35.
3. Psychiatric GWAS Consortium Steering Committee. A framework for interpreting genome-wide association studies of psychiatric disorders. *Mol Psychiatry* 2009; 14 (1): 10-7.
  4. Guttmacher AE, McGuire AL, Ponder B, Stefansson K. Personalized genomic information: preparing for the future of genetic medicine. *Nat Rev Genet* 2010; 11 (2): 161-5.

## INTERACCIONES GEN-AMBIENTE EN TRASTORNOS MENTALES: COMT, CANNABIS Y ESQUIZOFRENIA

**JAVIER COSTAS. Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica. Santiago de Compostela**  
*javier.costas@usc.es*

En la presente comunicación se ofrecerá una visión actualizada de las bases genéticas de la esquizofrenia, mostrando nuestras aportaciones en la identificación de genes de susceptibilidad mediante estudios de asociación de genoma completo. Además, se introducirá la idea de interacción gen-ambiente para identificar grupos especialmente vulnerables, y se discutirá la posible interacción entre cannabis y COMT en el riesgo a padecer esquizofrenia, presentando tanto una revisión bibliográfica del tema como los resultados del análisis de la posible interacción en nuestra muestra.

### 1. HISTORIA CLÍNICA Y CURSO DE LA ESQUIZOFRENIA

Aunque la esquizofrenia como tal se manifiesta generalmente al final de la adolescencia o comienzo de la edad adulta, se puede distinguir una fase premórbida durante la infancia y una fase prodrómica que precede al primer episodio psicótico. La fase premórbida se caracteriza por una ligera disfunción motora, cognitiva y social, mientras que durante la fase prodrómica se presentan síntomas positivos atenuados, aislamiento social, cambios de comportamiento, conductas obsesivas... Sin embargo, los síntomas prodrómicos tienen escaso valor diagnóstico, pues un alto porcentaje de individuos con estos síntomas no llegan a desarrollar

esquizofrenia. Debido a esta evolución a lo largo del tiempo, se suele considerar la esquizofrenia como un trastorno del neurodesarrollo.

### 2. ETIOLOGÍA DE LA ESQUIZOFRENIA

A pesar de que su etiología es mal conocida, la esquizofrenia es considerada una enfermedad multifactorial compleja, en cuya aparición están implicados múltiples factores genéticos y ambientales. Así, los estudios de epidemiología genética (estudios de agregación familiar, de adopción y de gemelos) sugieren que los factores genéticos son muy relevantes, siendo la existencia de un familiar de primer grado con esquizofrenia un factor de riesgo muy importante para desarrollar esquizofrenia (aproximadamente 10% frente a 1% de riesgo en la población general). Sin embargo, la concordancia entre gemelos monocigotos es sólo del 50%, lo que pone de manifiesto la existencia de factores ambientales. Ningún factor genético o ambiental es necesario o suficiente para desarrollar esquizofrenia, siendo su papel el de incrementar la vulnerabilidad a la enfermedad.

### 3. FACTORES GENÉTICOS DE VULNERABILIDAD A ESQUIZOFRENIA

Como cabría esperar de enfermedades con múltiples factores genéticos implicados, los estudios de ligamiento (que analizan la cosegregación de marcadores genéticos y enfermedad en familias) han dado pocos frutos. Los estudios de asociación caso-control analizando genes candidatos funcionales, como genes implicados en neurodesarrollo o en transmisión sináptica, tampoco han sido concluyentes.

Sin embargo, los últimos avances tecnológicos han permitido que se empiece a analizar todo el genoma mediante estudios de asociación caso-control, lo que permite identificar variantes de susceptibilidad sin necesidad de hipótesis etiopatogénicas preconcebidas. Estos estudios (en los que ha participado nuestro grupo) han revelado hasta el momento 4 loci significativos a nivel genómico ( $P < 5 \times 10^{-8}$ ) correspondientes al complejo principal de histocompatibilidad y los genes *NRGN*, *TCF4* y *ZNF804A*<sup>1,2</sup>. Dado que el riesgo asociado a las variantes identificadas en estos genes es muy bajo ( $OR < 1,25$ ), se necesita un tamaño muestral muy grande para alcanzar la potencia estadística adecuada. Por tanto, nuevos estudios de asociación de todo el genoma con muestras adicionales identificarán nuevas variantes en otros genes.



#### 4. FACTORES AMBIENTALES DE VULNERABILIDAD A ESQUIZOFRENIA

Se han descrito múltiples factores ambientales que incrementan el riesgo de padecer esquizofrenia. Estos factores pueden actuar a lo largo de la vida de una persona, desde infecciones maternas durante el embarazo que afectarían al neurodesarrollo del feto hasta estrés emocional o consumo de drogas en la edad adulta. Entre los principales factores ambientales asociados a esquizofrenia se encuentran: vivir en ciudades, ser inmigrante, nacer en invierno, complicaciones obstétricas o determinadas infecciones. Sin embargo, el riesgo asociado a cada uno de estos factores es bajo. Se ha sugerido que la interacción entre los factores genéticos y ambientales podría ser clave en la aparición de esquizofrenia. Así, individuos que presentan susceptibilidad genética a padecer esquizofrenia podrían llegar a sufrirla por la presencia de factores ambientales de riesgo. Expresado de otra forma, entre los individuos expuestos a factores ambientales de riesgo, sólo aquellos que presenten determinada predisposición genética llegarán a desarrollar esquizofrenia.

#### 5. EL GEN COMT EN SUSCEPTIBILIDAD A ESQUIZOFRENIA

El gen COMT codifica para la enzima catecol-O-metiltransferasa, implicada en el catabolismo de determinados neurotransmisores como epinefrina, norepinefrina o dopamina. Una de las principales hipótesis fisiopatológicas de la esquizofrenia es la de la disfunción dopaminérgica. Además, este gen está situado en la región cromosómica 22q11, región delecionada en el síndrome velocardiocfacial. Aproximadamente el 25% de los pacientes con este síndrome desarrollan esquizofrenia. Debido a esto, COMT ha sido ampliamente estudiado en relación con esquizofrenia mediante estudios de asociación caso-control. La principal variante que se estudia es un polimorfismo de un único nucleótido (SNP) que altera la secuencia aminoacídica de la COMT de valina (Val) a metionina (Met) en la posición 158 de la forma unida a membrana (MB-COMT), o la posición 108 de la forma soluble (S-COMT). El alelo Met presenta una actividad reducida en comparación con el alelo Val.

Los últimos metaanálisis de la asociación entre este polimorfismo y esquizofrenia no detectan una asociación significativa a nivel alélico (comparando la frecuencia de la variante Met con la variante Val). Sin embargo, la hipótesis sobredominante, en que se comparan los heterocigotos (Val/Met) frente a los homocigotos (Val/Val o Met/Met) no se ha probado. Dado el modelo de U inver-

tida para explicar el nivel óptimo de dopamina en el funcionamiento del córtex prefrontal, este modelo tendría sentido desde el punto de vista biológico.

Nuestro grupo ha realizado un metaanálisis de los estudios existentes para contrastar la hipótesis sobredominante. En la presentación se mostrarán los datos de este estudio, que revela una asociación significativa, aunque con un efecto muy bajo, entre heterocigosidad de este polimorfismo y protección frente a esquizofrenia. Este efecto parece mayor en poblaciones del suroeste europeo. Se discutirán los posibles mecanismos que explicarían esta asociación.

#### 6. EL CANNABIS COMO FACTOR DE RIESGO EN ESQUIZOFRENIA

El consumo de cannabis es el factor ambiental de la adolescencia y juventud más estudiado en relación con la esquizofrenia. Metaanálisis de estudios longitudinales revelan un incremento en el riesgo de padecer psicosis en individuos que han consumido cannabis (OR = 1,41, IC95% 1,2-1,65), siendo este riesgo mayor en individuos con un consumo muy frecuente (OR = 2,09, 95% CI 1,54-2,84)<sup>3</sup>. La revisión sistemática de los datos existentes sugiere que esta asociación podría explicarse como que el consumo de cannabis causa psicosis en individuos vulnerables<sup>4</sup>. Esta vulnerabilidad podría ser, al menos en parte, genética.

#### 7. INTERACCIÓN COMT X CANNABIS EN ESQUIZOFRENIA

Con esta idea, Caspi y colaboradores<sup>5</sup> probaron la posible asociación entre el consumo de cannabis y el polimorfismo funcional de la COMT Met158Val en la aparición de esquizofrenia, en un estudio longitudinal de una cohorte de aproximadamente 1000 individuos. Encontraron una fuerte interacción entre la variante Val y el consumo de cannabis, de forma que entre los individuos homocigotos Val/Val, el riesgo de padecer algún trastorno esquizofreniforme de adultos se incrementaba casi 10 veces entre los fumadores de cannabis durante la adolescencia, mientras que ese efecto no existía en los individuos Met/Met. Este resultado intentó ser confirmado en un estudio retrospectivo de 493 esquizofrénicos, pero los resultados fueron negativos<sup>6</sup>, indicando la necesidad de nuevos datos para comprobar la existencia de la interacción.

Nuestro grupo ha obtenido datos retrospectivos de consumo de cannabis y del polimorfismo Met158Val de la COMT en 383 individuos de Santiago y 365 de



- 4 Valencia (en colaboración con el Dr. J. Sanjuán) y ha realizado un diseño de sólo casos, comparando la frecuencia de la variante entre consumidores de cannabis y no consumidores. Hemos encontrado una asociación significativa, aunque con la variante contraria al estudio original. Se discutirá este resultado en función de la hipótesis de plasticidad alélica, así como otras explicaciones alternativas.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Stefansson et al. Common variants conferring risk of schizophrenia. *Nature* 2009; 460: 744-7.
2. O'Donovan et al. Identification of loci associated with schizophrenia by genome-wide association and follow-up. *Nat Genet* 2008; 40: 1053-5.
3. Moore et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2007; 370: 319-28.
4. Henquet et al. Gene-environment interplay between cannabis and psychosis. *Schizophr Bull* 2008; 34: 1111-21.
5. Caspi et al. Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction. *Biol Psychiatry* 2005; 57: 1117-27.
6. Zammit et al. Genotype effects of CHRNA7, CNR1 and COMT in schizophrenia: interactions with tobacco and cannabis use. *Br J Psychiatry* 2007; 191: 402-7.



## MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN PREESCOLARES

**CONCEPCIÓN DE LA ROSA FOX. Psiquiatra Infantil. Coordinadora de la Unidad de Salud Mental Infantil del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz. Profesora Asociada de Psiquiatría del Departamento de Neurociencias de la Facultad de Medicina de Cádiz.**

### INTRODUCCIÓN

De todas las enfermedades que padece el hombre, quizá la más sorprendente y por supuesto trascendente es la Enfermedad Psiquiátrica de los niños. Especialmente cuando esta se pone de manifiesto en las edades tempranas, que va a hipotecar para siempre el desarrollo normal del individuo, siendo provocadora de un alto nivel de sufrimiento. Cualquier enfermedad es especialmente injusta, pero cuando acontece la enfermedad psíquica en los niños provoca la rotura, por un lado de la individualidad del niño y de su devenir social, y por otra parte produce un altísimo grado de padecimiento a las familias; sin entrar en los temas que tienen que ver con los costes que estos problemas acarrearán a la sociedad general.

La comprensión del proceso de desarrollo infantil normal, y en especial el desarrollo de las cualidades que nos hacen distinguarnos como seres humanos, ha constituido a lo largo del siglo pasado un gran reto y un auténtico debate. Las concepciones actuales sobre el desarrollo humano nos aportan el equilibrio entre la genética y el ambiente. Es a través de estos que conocemos los distintos aspectos del desarrollo normal de los niños.

La etapa del desarrollo en la que vamos a describir las manifestaciones clínicas, es la de preescolares, que hace referencia a lo que acontece desde el momento del nacimiento a los 6 años.

Esta etapa se caracteriza por los múltiples e importantes cambios que acontecen, donde se aprenden las características peculiares de los seres humanos y donde se pone de manifiesto la enfermedad Psiquiátrica más grave a la que nos enfrentamos los Psiquiatras de niños, los Trastornos del Espectro Autista, auténtico reto para todos los profesionales.

Para cuantificar las manifestaciones clínicas de los niños menores de 6 años existen algunos problemas todavía sin resolver, entre los que destacan:

- la ausencia de comunicación de los síntomas por parte de los niños.

- ausencia de un contexto extradomiciliario estandarizado.
- instrumentos de evaluación de la psicopatología poco estandarizados, aunque ya se dispone de instrumentos que pueden ser útiles para la investigación.
- la importante influencia de factores psicosociales.

Existe una evidencia empírica que indica que los criterios diagnósticos que plantean las clasificaciones internacionales se pueden aplicar sin problemas en los niños en edad preescolar. Para ello es imprescindible la integración cuidadosa de las ciencias del desarrollo y la clínica.

Con los instrumentos de valoración clínica validados en el desarrollo, la psicopatología de la primera infancia ya va alcanzando su lugar en las clasificaciones de los trastornos clínicos, a pesar de que todavía queda un largo camino por recorrer.

### RETOS PARA SU CLARIFICACIÓN

Las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales no aseguran la inclusión en ellas de los diferentes cuadros clínicos que aparecen en este grupo de edad, por lo que no disponemos de una nosología válida para el diagnóstico psiquiátrico de la Infancia temprana. Para conseguir una nosología estándar hay que definir los límites entre salud y enfermedad, y por otra parte los límites que separan los diferentes cuadros clínicos.

En lo que respecta a este grupo de edad los límites entre el comportamiento normal y el patológico son difíciles de establecer, y aún más difícil en los 2 primeros años de la vida. Esta dificultad tiene su origen en los rápidos cambios que se producen, por un lado y en la centralidad de las relaciones padre/madre-hijo que aumentan la complejidad de la evaluación.

El grupo de Consenso que lleva a cabo la Asociación Americana para el DSM V llegó a la conclusión que en los niños muy pequeños es posible establecer un diagnóstico de un trastorno mental en ausencia de dificultades o alteraciones funcionales en el niño, siempre que el trastorno dé lugar a una dificultad o alteración funcional significativa en uno de los progenitores o en la familia.

Los problemas específicos que hay que enfrentar para conseguir la clasificación de los Trastornos y de los cuadros clínicos en este grupo son los que se deben resolver para conseguir que podamos dar una atención clínica eficaz a estos niños.

En primer lugar se trata de definir claramente los periodos concretos de edad. Un segundo reto es el de la





2 descripción de la sintomatología, lo cual implica el que se utilicen términos apropiados para los niños pequeños.

Un segundo problema sería los criterios de duración y generalización, debido a los rápidos cambios que tienen lugar en el desarrollo de la infancia temprana y la importante dependencia del medio.

Por último es necesario el avance en los métodos de evaluación relativos a este periodo de edad. En este apartado existen dificultades que tienen que ver con la relativa incapacidad para comunicar sus propios síntomas y su gran dependencia del contexto social al que están expuestos.

### CUADROS CLÍNICOS

Se analizarán los diferentes cuadros o manifestaciones clínicas que aparecen en este grupo de edad, haciendo especial referencia al sistema actual de clasificación y sus problemas en relación con los niños en edad temprana.

Especial interés en los cuadros clínicos:

- Trastorno Reactivo de la Vinculación
- Trastornos del estado de ánimo
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos del Sueño
- Trastornos de la Ingestión y de la Conducta Alimentaria
- Trastornos del Comportamiento Perturbador
- Trastornos del Espectro Autista

### BIBLIOGRAFÍA

1. Ainsworth MDS, Blehar MS, Waters E et al. Patterns of Attachment: A psychological study of the Strange situation. Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1978.
2. Ajurriaguerra J. Manual de Psiquiatría Infantil. Toray Masson 1973 (pp 503-619).
3. Boris NW, Zeanah CH, WorkGroup on Quality Issues. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescent with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2005; 44: 1206-1219.
4. Chatoor I, Dickson I, Schaefer S. et al. A developmental classification of feeding disorders associated with failure-to-thrive: diagnosis and treatment. En: New Directions in Failure to Thrive: Research and Clinical Practice. Drotar D. (editor). New York, Plenum, 1985, pp 235-258.
5. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10 Editorial Médica Panamericana 2000.
6. Cramer Bertrand. Psychiatrie du Bébé. Editorial EsHel 1988.
7. Dugas M. Los Fundamentos Metodológicos de la Psicopatología del niño y del Adolescente. El modelo de la Psicopatología del desarrollo.

- En: Psicopatología del Niño y del Adolescente. Editorial Universidad de Sevilla 1995 (pp 107-143).
8. Ferrari P, Epelbaum C. Psychiatrie de L' enfant et de l'adolescent. Ed Flammarion 1993.
9. Freud S. Obras Completas. Editorial Biblioteca Nueva 1972.
10. García Gual C. Sobre la enfermedad sagrada En: Tratados Hipocráticos. Biblioteca Clásica Gredos 1983. (pp 399-421).
11. Kaplan H.I., Sadock B.J. Tratado de Psiquiatría. Masson-Salvat 1992.
12. Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR Editorial Masson 2002.
13. Narrow W.E., First M.B., Sirovatka P.J., Regier D.A. DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico. Editorial Elsevier Masson 2008.
14. Piaget J. El problema biológico de la inteligencia. En: El nacimiento de la Inteligencia en el niño. Aguilar 1972 (pp 3-16).
15. Rodríguez Sacristán J. El hecho sorprendente del enfermar psíquico en la Infancia. En: Psicopatología del niño y del adolescente. Editorial Universidad de Sevilla 1995 (pp 29-43).
16. Rutter M. Temperament, personality activity. Brunnes/Marzel. NY, 1977.
17. Rutter M. Scientific foundations of developmental Psychiatry. Rutter M Heinemann; (pp 1-7) London, 1980.
18. Sadock B.J., Sadock V.A. Mental retardation. En: Concise text book of child and adolescent psychiatry. Ed. Lippincott Williams Wilkins. Philadelphia 2009.
19. Spitz R. Motherless infants. Child Dev 1949; 20:145-155.
20. Wakschlag L., Leventhal B, Briggs-Gowan M, et al. Defining the "disruptive" in preschool behavior: what diagnostic observation can teach us. Clin Child Fam Psychol Rev 2005; 8: 183-201.
21. Wiener J.M. and Dulcan M.K. Tratado de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia. Editorial Masson 2006.

## DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS, COMORBILIDAD E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN EN PREESCOLARES

**CARLOS CODOVILLA. Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clinic Universitari de Barcelona.**

Durante los últimos años el interés por los trastornos mentales en niños menores de cinco años ha aumentado. En niños menores de tres años el número de estudios



epidemiológicos es pequeño y la frecuencia y el curso de la psicopatología no se conoce con certeza. Específicamente en preescolares (36 meses a 5 años) las tasas de trastornos resultan similares, como muestran distintos estudios, a las de niños mayores. Sin embargo el diagnóstico de las distintas entidades nosológicas se demora con frecuencia, y la atención a estos grupos de edad no resulta adecuada, infrautilizándose los recursos.

La clasificación y diagnóstico de los trastornos durante los primeros años presenta los siguientes inconvenientes: (1) durante la primera infancia el elevado y rápido número de cambios físicos (incluyendo neuronales) y el desarrollo emocional, conductual y cognitivo dificultan la identificación de síntomas o clusters de síntomas; (2) en ocasiones la variabilidad entre distintos individuos podría hacer que se identificaran como patológicas variaciones de la normalidad; (3) las clasificaciones al uso de los trastornos mentales no tienen en cuenta los cambios ligados al desarrollo; (4) algunos niños podrían ser inadecuadamente etiquetados, produciendo efectos negativos en su desarrollo y en la percepción que de ellos tuvieran sus cuidadores; (5) y la conducta problemática en un niño en ocasiones no está tanto en el niño como en la relación de este con sus padres y del conjunto con el entorno.

La base de la salud mental en este grupo de edad se define como el desarrollo social y emocional sano, esto es, el desarrollo de las capacidades para experimentar y regular emociones y constituir relaciones próximas, seguras, y para aprender. El objetivo será promover el desarrollo y prevenir los problemas, así como identificarlos y tratarlos, para lo cual es necesaria la colaboración de diferentes disciplinas, siendo probable que el modelo médico que predomina en la psiquiatría de adultos no dé respuesta a todas las necesidades.

El primer principio en el campo de la salud mental en estas edades se fundamenta en que esta debe ser entendida desde una perspectiva del desarrollo a través de múltiples dominios (cognitivo, físico, neural, social, emocional, de conducta y lenguaje). El segundo principio tiene que ver con la relación de la salud mental del niño con el contexto y sus relaciones, fundamentalmente con sus cuidadores, familiares y con la comunidad.

La rapidez de los cambios que acontecen a esta edad proporciona diferentes argumentos contra la clasificación de los trastornos. El primero tendrá que ver con que los síntomas psiquiátricos cambiarán de la misma

manera que evoluciona el desarrollo del niño. El segundo es porque mientras el niño está creciendo en tantos y diferentes dominios, los problemas de salud mental se presentarán como una perturbación global, no de manera específica en tipos y subtipos de trastornos psiquiátricos.

DSM/ICD fueron desarrollados sin prestar mucha atención a esta perspectiva de diferente presentación de los trastornos durante el desarrollo ni a los problemas emocionales o de conducta en estos niños. Así, existen dos posibilidades: o cambiar los sistemas de diagnóstico y clasificación, o modificar los existentes. Las dos versiones de la Diagnostic Classification: 0-3 (DC:0-3 y DC:0-3R) dan cuenta de la primera opción; los Research Diagnostic Criteria-Preschool Age (RDC-PA) y algunas modificaciones en los trastornos generalizados del desarrollo en menores de 2 años de la segunda. En la próxima revisión del DSM (DSM V, esperada para el 2013), no se espera, a la luz de las modificaciones que se han propuesto, cambios significativos a este respecto. La intención de las clasificaciones diagnósticas es clasificar los problemas como trastornos, no clasificar a los niños como problemas.

La importancia del contexto durante años condujo a la idea de que los trastornos relacionados con trastorno de estrés postraumático y los de relación eran los más frecuentes a estas edades. Sin embargo, estudios epidemiológicos recientes indican que trastornos afectivos, de ansiedad, y de comportamiento, incluyendo TDAH, son más frecuentes, aunque estamos lejos de realizar definiciones operativas clínicas en algunos de ellos. El examen del complejo juego entre biología y ambiente, entre el riesgo genético y las experiencias, conducirán a un mejor conocimiento de cómo y porqué surgen estos problemas aportando comprensibilidad.

Los instrumentos diagnósticos constituyen la piedra angular de una evaluación válida y significativa. Para mantener la integridad científica es necesario emplear un enfoque que abarque diferentes dominios, métodos e informantes. En particular se precisan métodos que de manera sistemática integren medidas dimensionales de diferentes informadores y observacionales que permitan formulaciones diagnósticas y de trabajo con preescolares. De nuevo es crucial entender el funcionamiento social, emocional y conductual dentro del contexto global del desarrollo o funcionamiento cognitivo. De manera general, el objetivo será la integración de los enfoques clínicos y psicométricos: la evaluación del desarrollo y de la salud mental.



#### 4 INTERVENCIÓN PRECOZ EN NIÑOS DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNOS DEL ESPECTRO DEL AUTISMO

**MONTSE PÀMIAS, PS. EULALIA PIERA, REBECA GRACIA, ISABEL LORENTE, PS. MONTSE TORRAS.**  
**Servei de Psiquiatria Infantil i Servei de Pediatria - Estimulació precoç. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell**

A pesar de que durante mucho tiempo el autismo fue considerado un trastorno poco frecuente, los estudios posteriores al año 2000 muestran incidencias de 2/1000, y los últimos estudios epidemiológicos en U.S.A. muestran prevalencias de 1/165 de niños con trastorno del espectro autista (TEA) en edad escolar.

Las alteraciones en la calidad de la relación social y la comunicación verbal, así como la falta de flexibilidad cognitiva y conductual con intereses restringidos, son las principales características clínicas de estos trastornos, que en distintos grados de gravedad incluyen desde el autismo descrito por Leo Kanner en 1943 al síndrome de Asperger o el autismo de alto funcionamiento. Se ha descrito elevada comorbilidad psiquiátrica en estos trastornos, sobre todo con alteraciones del estado de ánimo, ansiedad y problemas de conducta.

Existe evidencia científica de que los TEA tienen una base genética probablemente oligogénica, pero en más del 80% de los casos no se puede identificar la etiología. Sin embargo, es importante definir las directrices para el estudio etiológico de los niños con TEA en función de trastornos asociados.

Actualmente existe un interés unánime en la detección precoz de estos trastornos, dada la evidencia acumulada en los últimos años de que una intervención precoz específica para el niño y su familia conduce a una mejora en el pronóstico del trastorno.

En nuestro hospital, hemos estructurado la atención a estos niños en una Unidad Funcional para el diagnóstico y tratamiento de los TEA de carácter interdisciplinar (psiquiatras, neuropediatras, psicólogas, neuropsicólogas, logopedas y psicopedagogas) y de forma longitudinal, facilitando así la continuidad asistencial: desde la detección en pediatría, diagnóstico y tratamiento en atención precoz, psiquiatría infantil y neuropediatría y psiquiatría de adultos. También la generalización de la intervención

precisa trabajar de forma coordinada con el sistema educativo y social de nuestra área de referencia. En esta presentación nos referiremos específicamente a la intervención realizada por nuestra unidad TEA en la edad preescolar.

Para facilitar la detección se ha realizado una formación específica a los pediatras de nuestra zona en signos de alarma de TEA específicamente en cada una de las visitas que se realizan de forma rutinaria en Catalunya, siguiendo el “protocol del nen sa”. También se propone el cuestionario M-CHAT como instrumento de screening: es sencillo de administrar, consta de 23 ítems, y es válido y sensible a partir de los 18 meses. Debe ser confirmado con la entrevista estructurada telefónica de dicho cuestionario.

La historia clínica es el primer paso diagnóstico y es esencial el conocimiento del desarrollo, hábitos, conductas, intereses, antecedentes...

La complejidad de un diagnóstico psiquiátrico en la primera infancia hace imprescindible una valoración tanto de las aptitudes del niño como del entorno psicosocial en el que se produce su desarrollo. Desde el punto de vista del niño es necesaria una valoración estandarizada de su nivel cognitivo, y de sus habilidades comunicativas y lingüísticas, así como de la funcionalidad de sus recursos cognitivos.

El diagnóstico incluye la exploración psicométrica de:

- Área cognitiva: se valora con la Escala de Bayley III de desarrollo infantil (BSID-III), Inventario del desarrollo de Batelle, Batería de evaluación de Kauffman para niños (K-ABC), la Escala de McCarthy de actitudes y psicomotricidad para niños (MSCA).
- Valoración del lenguaje: Escala Reybell de desarrollo del lenguaje (RDLS III), Escala de Bayley III de desarrollo infantil (BSID-III), y el Test Illinois de aptitudes psicolingüísticas (ITPA).
- Las escalas de observación son esenciales para el diagnóstico: utilizamos el ADOS (escala de observación para el diagnóstico de autismo de Lord y Rutter) y el BASC (sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes de Reynolds).

El diagnóstico clínico se completa con la entrevista estructurada para el diagnóstico del autismo revisada de Rutter: ADI-R, realizada a los padres.

La exploración física consta de: valoración del perímetro craneal, valoración de posibles estigmas cutáneos y de signos dismórficos, y una exploración neurológica motora completa.



Se realiza a todos los niños un test de audición, el cariotipo X frágil y duplicación del cromosoma 15. En función de la clínica se realizan: screening metabólico, neuroimagen, electroencefalograma, niveles de plomo, y estudio de deleciones subteloméricas. Se realiza consejo genético.

Actualmente se dispone de un amplio abanico de tratamientos para los niños con TEA, y es nuestra obligación profesional y ética ofrecer a nuestros pacientes aquellas terapias que, en base a la evidencia científica, hayan demostrado su eficacia en mejorar aspectos clínicos del trastorno, sus comorbilidades o la calidad de vida.

En nuestra unidad funcional TEA, el tratamiento en la primera infancia se estructura:

- Tratamientos individuales específicos, realizados en el CDIAP del hospital, semanales o bisemanales en función de la gravedad y momento del desarrollo. La intervención en el área social y la intervención en intereses y conducta se realiza mediante terapia cognitivo-conductual, adaptada a los distintos niveles evolutivos del Inventario del Espectro Autista propuesto por A. Rivière. La intervención en el área de comunicación y lenguaje, mediante terapia cognitivo-conductual y sistemas aumentativos o alternativos de la comunicación.
- La familia tiene un papel crucial en el tratamiento, y la generalización y amplificación de la intervención hospitalaria precisa implicar a los padres en el tratamiento. Además del asesoramiento familiar, los grupos psicoeducativos para padres de niños TEA se realizan de forma estructurada, semanal y diferenciada entre autismo grave y alto funcionamiento o Asperger.
- La voluntad de integrar a los niños con TEA en el sistema educativo ordinario, así como la necesidad de generalización de la intervención, nos llevó a la creación, junto con el departamento de educación, en toda la zona del Vallès Occidental, de las aulas USEE específicas de TEA. Tenemos aulas de niños en edad preescolar, primaria y recientemente en secundaria. En estas aulas las maestras y los profesionales de educación especial disponen del soporte de la psicóloga clínica de la unidad, que se desplaza a los centros para ayudar en la implantación de los sistemas de alternativos y aumentativos de la comunicación en el aula, así como los sistemas de trabajo basados en el método TEACCH. Se realiza un plan terapéutico individualizado, integrando los objetivos de aprendizaje con los objetivos clínicos,

psicológicos o psiquiátricos y las intervenciones a realizar en el ámbito familiar. Se revisa este plan terapéutico mensualmente.

Durante la ponencia, se visualizarán ejemplos de intervenciones específicas individuales, con los padres y en el aula USEE.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Barbaro J. Autism spectrum disorders in infancy and toddlerhood: a review of the evidence on early signs, early identification tools and early diagnosis. *J Dev Behv Pediatr* 2009; 30: 447-459.
2. Fuentes J. et al. Guía de tratamiento de los Trastornos del Espectro del autismo (Grupo de estudio Carlos III). *Rev Neurol* 2006; 43 (7): 425.
3. Landa R. Diagnosis of autism spectrum disorders in the first 3 years of life. *Neurology* 2008; 3 (4): 138-147.

## TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS DE LOS PADRES Y SU REPERCUSIÓN TEMPRANA EN LOS HIJOS

**MARÍA JESÚS MARDOMINGO. Psiquiatra. Jefa de la Sección de Psiquiatría y Psicología Infantil, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Prof. Asociada Universidad Complutense de Madrid.**

### INTRODUCCIÓN

Los trastornos psiquiátricos de los padres incrementan el riesgo de los hijos de sufrir psicopatología, no sólo por razones genéticas sino por los cambios negativos que la enfermedad psiquiátrica supone en la crianza del niño. Los padres con enfermedades psiquiátricas tienen muchas más dificultades para relacionarse normalmente con los hijos, ya que la enfermedad perturba la percepción que se tiene del hijo, dando lugar a pautas educativas inadecuadas y a un tipo coercitivo de interacción padres-hijo que facilita la aparición de trastornos emocionales y de la conducta. El trastorno psiquiátrico paterno empeora el pronóstico de las enfermedades de los hijos, siendo otros factores destacados la gravedad del trastorno psiquiátrico paterno, la edad, el sexo y el temperamento del niño, y la personalidad de los padres<sup>1</sup>. Las enfermedades psiquiátricas de los padres repercuten en los hijos a través de la herencia y a través del ambiente.



6 La mayoría de los trastornos psiquiátricos tienen una alta carga genética y hereditaria, pero además las características del medio ambiente donde el niño vive son esenciales para el desarrollo normal de la conducta, y a su vez dependen del comportamiento y personalidad de los padres. Las pautas educativas que se siguen en la familia, el tipo de interacción padres-hijos, los criterios y valores de los padres y la percepción del sentido de la vida, son fundamentales en el estilo educativo y, por tanto, en la educación que reciben los hijos. Asimismo, las características de personalidad y de comportamiento de los niños dependen de factores temperamentales heredados y del estilo educativo de la familia. La educación coercitiva y violenta da lugar a hijos con problemas de comportamiento, mientras que la permisividad a ultranza favorece las dificultades de adaptación, la dependencia y falta de autonomía y la insatisfacción permanente.

El medio social de la familia, el ambiente cultural, los valores y el sentido de la vida que los padres transmiten pueden ser un factor de protección o un factor de riesgo. Asimismo, el tipo de familia condiciona en qué medida y de qué manera la enfermedad psiquiátrica de los padres afecta a los hijos. No es lo mismo que la familia permanezca intacta, o los hijos vivan con un único padre, o se trate de una familia desestructurada donde los papeles de padres y de hijos han desaparecido<sup>2</sup>.

En términos generales puede afirmarse que el hecho de que los padres sufran un trastorno psiquiátrico aumenta el riesgo de los hijos de sufrir psicopatología. En un estudio de Canino et al.<sup>3</sup>, se comparan 130 niños hijos de padres con problemas psiquiátricos con 235 niños hijos de padres sanos. Los primeros tienen más problemas de adaptación personal y social y obtienen puntuaciones más altas en la Child Behavior Checklist.

La enfermedad de los padres afecta tanto más a los hijos cuanto mayor es su gravedad<sup>4</sup>, pero además se da la circunstancia de que en estas familias son también más frecuentes otros factores de riesgo añadidos, como la conflictividad conyugal, los cambios de domicilio y de cuidador del niño, el nivel socioeconómico desfavorecido y la falta de apoyo de otros miembros de la familia. La enfermedad mental limita y merma la competencia educativa de los padres, que no perciben de forma adecuada las necesidades del niño y no responden correctamente a esas necesidades. Por otra parte, la conflictividad padre-hijo es un factor de riesgo de problemas de comportamiento en los niños.

## ESQUIZOFRENIA Y AUTISMO

El componente genético de la mayoría de las enfermedades psiquiátricas está fuera de duda. Cuando el padre o la madre sufren un trastorno psiquiátrico, el riesgo de que lo sufran los hijos aumenta en mayor o menor grado. Trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia, la depresión, el trastorno bipolar, el autismo, la conducta disocial y los trastornos de la alimentación tienen una elevada carga familiar. En el caso del autismo apenas se ha estudiado el efecto en los hijos, pues la mayoría de los pacientes no tienen descendencia, pero el hecho de que un miembro de la familia sufra el trastorno eleva hasta 50-75 veces por encima de la población general el riesgo de sufrirlo los familiares<sup>5</sup>. Este aumento del riesgo no se refiere sólo al autismo como tal, sino también a una mayor incidencia en la familia de déficits de tipo cognoscitivo y de trastornos del lenguaje y de la comunicación<sup>6</sup>.

Por lo que se refiere a la esquizofrenia, se calcula que el 83% de la varianza se debe a factores genéticos, y sólo el 17% a factores ambientales no compartidos<sup>7</sup>. Se trata, por tanto, de uno de los trastornos psiquiátricos más graves, con una mayor carga hereditaria, y con una repercusión mayor en la interacción padres-hijos, en la dinámica familiar y en la capacidad educativa del padre enfermo<sup>8</sup>. Los niños con uno de los padres esquizofrénico tienen un riesgo del 12% de sufrir la enfermedad en la vida adulta, mientras que el riesgo de la población general es del 1%. Si ambos padres tienen la enfermedad el riesgo de los hijos se eleva al 39%<sup>9</sup>. La separación del niño del padre esquizofrénico no disminuye el riesgo del hijo, lo que indica que las pautas anómalas de crianza pueden perturbar al niño y pueden dar origen a otros tipos de psicopatología, pero no son las causantes de la esquizofrenia<sup>10</sup>. De forma similar, los niños adoptados por padres esquizofrénicos, cuyos padres biológicos no tenían la enfermedad, tampoco padecen tasas más altas de esquizofrenia.

La interacción padres-hijos cuando uno de los padres es esquizofrénico se va a ver tanto más perturbada cuanto mayor sea la gravedad del cuadro clínico y la duración de la enfermedad<sup>2</sup>. La hospitalización, sobre todo cuando se trata de la madre, es muy negativa para los niños pequeños, dándose la circunstancia de que la influencia de la madre psicótica sobre el hijo es especialmente perjudicial durante los primeros años de vida. La madre psicótica tiene una actitud negativa ante el hijo, se siente más tensa y ansiosa con el niño, responde con menos sensibilidad ante los estados emocionales y las necesidades del hijo, tiene menos contacto con él, y hay una falta



general de armonía en la relación madre-hijo<sup>11,12</sup>.

Si a la enfermedad de la madre se unen dificultades económicas, el pronóstico empeora, mientras que el buen nivel cultural y económico de la familia, la ausencia de acontecimientos vitales estresantes, y el apoyo y ayuda de otros familiares o amigos, son factores de protección tanto para los padres enfermos como para el niño<sup>8</sup>.

### TRASTORNOS AFECTIVOS

El componente hereditario de los trastornos afectivos está ampliamente demostrado. Cuando los padres sufren una depresión mayor aumenta el riesgo de los hijos de sufrir la misma enfermedad, y ese riesgo es tanto mayor cuanto más joven era el padre o la madre cuando se pusieron enfermos. Así, cuando la depresión paterna comienza antes de los 30 años, el riesgo de los hijos se multiplica por 13 para sufrir una depresión en la infancia, y por 5 para sufrirla en la vida adulta<sup>13</sup>. Por si fuera poco, la depresión de los padres aumenta también el riesgo de que los hijos sufran otras enfermedades psiquiátricas, de modo particular trastornos de ansiedad (3 veces), trastorno de conducta (5 veces) y consumo de alcohol<sup>13,14</sup>. El trastorno bipolar de los padres influye, por su parte, en la capacidad del niño para regular las emociones y en el vínculo que establece con la madre<sup>15</sup>. También aumenta el riesgo de sufrir trastornos del ánimo, desempeñando un papel fundamental los acontecimientos vitales estresantes<sup>16</sup>.

La depresión de los padres afecta además a los hijos a través de los cambios negativos que se producen en el medio familiar como consecuencia de la enfermedad. La depresión favorece la percepción pesimista y desesperanzada del hijo y de la vida en general, disminuye la capacidad de respuesta de los padres ante los retos educativos del hijo, aumenta las discrepancias educativas y los conflictos entre padre y madre, y disminuye la calidad de la crianza de los niños pequeños<sup>17</sup>. El carácter crónico de la enfermedad y su persistencia a lo largo del tiempo es un factor muy perjudicial. Los niños suelen tener peor imagen personal, dificultades de adaptación, sentimientos de culpa, relaciones interpersonales más conflictivas y sentimientos de ambivalencia ante el padre enfermo.

La perturbación de la relación madre-hijo depende de las características del trastorno depresivo, especialmente de la gravedad y duración; de las características de personalidad de la madre, y de las características temperamentales del niño. Si el niño tiene un temperamento intenso y absorbente, la incapacidad de la madre para cuidarlo y responder a sus necesidades se pondrá aún más en

evidencia. Por otra parte, si la madre, además de sufrir una depresión, tiene problemas de personalidad, la relación con el hijo será especialmente conflictiva, hasta el punto de que para algunos autores las características de personalidad de la madre son un factor más relevante que la propia depresión en la relación con el hijo<sup>18</sup>.

### TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

Los trastornos del comportamiento se caracterizan por dos hechos fundamentales: tienen un elevado componente genético en la etiopatogenia (a los genes corresponde el 45-80% de la varianza) y son especialmente sensibles a los factores ambientales, que tienen un papel determinante en la edad de aparición del trastorno y en el curso clínico. El medio educativo y familiar juega un papel primordial en el trastorno de la conducta, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y el trastorno oposicionista. Estas circunstancias ambientales influyen en la gravedad del cuadro clínico, la precocidad del comienzo de los síntomas, la evolución y el pronóstico.

El hecho de que los padres sufran una enfermedad psiquiátrica va a representar una clara desventaja para los hijos que tienen un trastorno de la conducta. Si la relación familiar y la educación de estos niños es difícil y compleja incluso para los padres con buenos recursos educativos, mucho más va a serlo para aquellos que tienen un trastorno psiquiátrico. Estos padres suelen sentirse incapaces de afrontar los problemas del hijo y de seguir las recomendaciones educativas que reciben, lo que significa que la enfermedad psiquiátrica de los padres es un factor de vulnerabilidad y de mal pronóstico para los hijos con trastornos de conducta.

El padecimiento de un trastorno de la personalidad antisocial por los padres, más frecuentemente por el padre, es una circunstancia profundamente perturbadora para el desarrollo emocional del niño y para la adquisición de pautas de comportamiento adecuadas. Sin duda representa un factor de riesgo elevadísimo para que el hijo desarrolle un trastorno antisocial. El pronóstico es aún peor cuando concurren otros factores de riesgo como conductas delictivas en la familia, nivel socioeconómico desfavorecido, separación de los padres con falta de acuerdo, falta de apoyo de otros miembros de la familia y acontecimientos vitales estresantes añadidos<sup>19</sup>.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Mardomingo MJ, Sánchez P, Parra E, Espinosa A, Loro M. Trastornos psiquiátricos de los padres y psicopatología en los hijos. Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil, 2005, 4: 2-8.



- 8
2. Mardomingo MJ. Entorno familiar y psicopatología. La armonía añorada. En Mardomingo MJ: *Psiquiatría para padres y educadores*. Ciencia y Arte. Madrid, Narcea, 2003, 154-193.
  3. Canino GJ, Bird HR, Rubio-Stipec M, Bravo M, y Alegría M. Children of parents with psychiatric disorders in the community. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1998; 29: 398-406.
  4. Oates M: Patients as parents. The risk to children. *British Journal of Psychiatry* 1997; 170 (suppl. 32): 22-27.
  5. Filipek PA, Accardo PJ, Baranek GT, et al. The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 1999; 29 (6): 439-84.
  6. Mardomingo, MJ. Trastornos generalizados del desarrollo: El autismo infantil precoz. En Mardomingo MJ, *Psiquiatría del niño y del adolescente: Método, fundamentos y síndromes*. Madrid, Díaz de Santos, 1994, 383-450.
  7. Cannon TD, Kaprio J, Lönnqvist J, Huttunen M, y Koskenvuo M. The genetic epidemiology of schizophrenia in a Finnish twin cohort. *Archives of General Psychiatry* 1998; 55: 67-74.
  8. Mardomingo, MJ. Esquizofrenia. En Mardomingo MJ, *Psiquiatría del niño y del adolescente: Método, fundamentos y síndromes*. Madrid, Díaz de Santos, 1994, 349-381.
  9. Erlenmeyer-Kimling L, Comblatt B. Biobehavioral risk factors in children of schizophrenic parents. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1984; 14: 357-374.
  10. Marcus J, Hans S L, Nagler S et al. Review of the NIMH Israeli Kibbutz-City Study and the Jerusalem Infant Development Study. *Schizophrenia Bulletin* 1987; 13: 425-438.
  11. Näslund B, Persson-Blennow I, McNeil T, Kaj L y Malmquist-Larsson A. Offspring of women with nonorganic psychosis: Infant attachment to the mother at one year of age. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1985; 71: 441-450.
  12. Persson-Blennow I, Näslund B, McNeil TF y Kaj L. Offspring of women with nonorganic psychosis: Mother-infant interaction at one year of age. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1986; 73: 207-213.
  13. Wickramaratne PJ y Weissman MM. Onset of psychopathology in offspring by developmental phase and parental depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1998; 37: 933-942.
  14. Landman-Peeters KM. Risk of emotional disorders in offspring of depressed parents: gender differences in the effect of a second emotionally affected parent. *Depress Anxiety* 2008; 25: 653-660.
  15. Gaensbauer TJ, Harmon RJ, Cytryn L, y McKnew DH. Social and affective development in infants with a manic-depressive parent. *American Journal of Psychiatry* 1984; 141: 223-229.
  16. Hillegers MH. Impact of stressful life events, familial loading and their interaction on the onset of mood disorders: study in a high-risk cohort of adolescent offspring of parents with bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 97-101.
  17. Beardslee WR, Versage EM y Gladstone TRG. Children of affective ill parents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1998; 37: 1134-1141.
  18. Mills M, Puckering C, Pound A y Cox A. What is about depressed mothers that influences their children's functioning? En Stevenson J (ed), *Recent advances in developmental psychopathology* (42-63). Pergamon, Oxford 1985.
  19. Shaw DS, Owens EB, Vondra JI, Keenan K y Winslow EB. Early risk factors and pathway in the development of early disruptive behaviour problems. *Development and Psychopathology* 1996; 8: 679-699.

## PSICOFARMACOLOGÍA CLÍNICA EN PREESCOLARES. ESTADO ACTUAL

**ÓSCAR HERREROS.** *Psiquiatra. Hospital Universitario de Canarias*  
*oherreros@gmail.com*

**NOTA IMPORTANTE:** ninguno de los tratamientos farmacológicos aquí comentados está oficialmente aprobado en menores de 6 años. Algunos, ni siquiera en mayores de 6 años. Además, ningún tratamiento psicofarmacológico debería ensayarse en un menor de 6 años sin una adecuada formulación diagnóstica, una correcta planificación terapéutica (incluyendo riesgos y beneficios potenciales) y un abordaje psicoterapéutico no farmacológico de reconocida eficacia, preferiblemente previo o en todo caso simultáneo, aunque en función de su disponibilidad y aplicabilidad. Algunos, ni siquiera en mayores de 6 años.

La presencia, y, por tanto, la necesidad de tratamientos eficaces, de los trastornos mentales en edades cada vez más precoces, no es tan sólo un signo de los tiempos. Más allá de teorías causales como la de la anticipación<sup>11</sup>, es evidente para quien desarrolla su trabajo diario en la Psiquiatría Clínica que los signos y síntomas de muchos trastornos mentales pueden hacer, hacen, su aparición en tan tempranas edades como antes de los 5-6 años de vida, y que este precoz inicio marca un pronóstico si cabe más infausto para tales trastornos, sobre todo si carecen de un adecuado tratamiento. Sin embargo, lo que en otras áreas de la Medicina se ve como la respuesta exigible al legítimo derecho del niño enfermo, y como el imperativo moral del médico responsable, sigue en el campo de la



Psiquiatría siendo un motivo de sospecha hacia el médico y de vergüenza hacia la familia y el paciente, en un casi inacabable círculo de estigmas y negaciones. Y de imperdonables olvidos y abandonos, sociales e institucionales.

Se estima que la prevalencia total de los diferentes trastornos mentales asociados a “desajuste significativo” en la edad preescolar (3-5 años) no difiere sensiblemente de la presente en niños mayores y adultos<sup>6,12</sup>, con cifras entre el 9 y el 12%. Se sabe igualmente que un inicio tan temprano determina problemas en múltiples dominios de la vida del niño, y predice su persistencia y la aparición de más psicopatología en la vida adulta<sup>13,14</sup>. Ante esto, se hace evidente la conclusión de la necesidad, la exigencia, de entrenamiento e instrumentos adecuados, eficientes y eficaces, para su correcto diagnóstico, y, tras ello, de tratamientos igualmente eficaces (y seguros).

Sin embargo, y a pesar del claro consenso (casi la moda) acerca de la importancia del diagnóstico y la intervención temprana en los trastornos mentales<sup>19</sup>, los notables esfuerzos y avances de la Psiquiatría en esta dirección en la última década apenas han traspasado la frontera de la adolescencia, y mucho menos han llegado a la primera infancia. Así, en el año 2004 Angold y Egger<sup>3</sup> estimaban que la situación del área preescolar de la Psiquiatría en ese momento se encontraba unos treinta años por detrás de la Psiquiatría Infanto-Juvenil propiamente dicha, debido a cuestiones tan graves como la negación y la ignorancia de los propios médicos (“es una fase”, “ya crecerá”), y su incapacidad para dar una perspectiva evolutiva a los síntomas presentes, con todo su peso pronóstico.

Si esta es la situación en el campo diagnóstico, cual no será en el terapéutico. La sola idea de prescribir un psicofármaco a un niño, cuánto más a uno menor de 5 años, produce gran resistencia social, rechazo médico, aversión personal... Aquel círculo vicioso de negaciones para poder no “creer” en las enfermedades mentales en la infancia temprana, y por tanto en la exigencia ética de su tratamiento.

No se trata tampoco de pedir “haloperidol para todos”. Muy pocas áreas del tratamiento de las enfermedades psiquiátricas entre los 2 y los 6 años gozan en la actualidad de la existencia de líneas de investigación suficientemente productivas, por lo que la ausencia de datos consistentes acerca de la seguridad y eficacia del uso de psicofármacos en preescolares es la norma. Ante esto, la precaución ha de ser la regla en la clínica, pero no la negación y el abandono. Poco a poco, lenta pero persistentemente,

se desarrollan y publican estudios cuidadosamente diseñados en este rango de edad, añadiendo nuevos conocimientos, y nuevas oportunidades terapéuticas, al campo de la salud mental en la edad preescolar.

Mientras, la investigación en este campo, a la luz de los datos disponibles sobre la tendencia creciente de la prescripción psicofarmacológica en preescolares<sup>20,23,24</sup>, se hace cada vez más necesaria, y hasta urgente. Actualmente se dispone de psicofármacos progresivamente más seguros y eficaces. Igualmente, se conoce más acerca de su seguridad y eficacia en el tratamiento de niños mayores y adolescentes. Es pues casi inevitable, ante el sufrimiento que la enfermedad mental genera (y la escasa disponibilidad de otras modalidades terapéuticas), esta tendencia y su futura progresión.

No se trata, en cualquier caso, de hacer del vicio virtud, sino de huir tanto de la apología como del rechazo ciego, y de conocer y promover el conocimiento de esta herramienta terapéutica, la psicofarmacología en edades tempranas. Aceptar o rechazar su uso desde el conocimiento empírico y, más allá de los extremos, entender lo más extensamente posible su función en la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

En este sentido, y además de las habituales preguntas en la investigación sobre seguridad y eficacia y su aplicabilidad a la clínica, hay quizás dos cuestiones evolutivas prioritarias a tener en cuenta:

1. desde una perspectiva farmacodinámica, el efecto de los psicofármacos sobre un cerebro en desarrollo en su momento quizás más sensible, ofreciendo a la vez la posibilidad de una mayor eficacia y estabilidad terapéutica y de un mayor riesgo, y más permanente, a lo largo del desarrollo; y,
2. desde una perspectiva farmacocinética, la evidente (tanto como ignorada) cuestión de que los niños no son adultos pequeñitos<sup>22</sup>, ni en su forma de metabolizar los fármacos ni en el uso y las dosis que requieren (mayor capacidad metabólica, mayor rapidez de eliminación hepática y renal, diferentes patrones de distribución, etc.).

Otra cuestión crítica no menos importante radica en las consideraciones éticas que necesariamente surgen en torno al tratamiento psicofarmacológico de los preescolares, en precario equilibrio entre la gravedad de la enfermedad y la particular (y única en muchos aspectos) situación de indefensión de este paciente. Su incapacidad para consentir o rechazar, legal y madurativa, su dependencia absoluta del entorno, y su dificultad para manifestar y hacer comprender su agrado o disgusto, complican extra-





10 ordinariamente no ya la investigación, sino incluso la clínica diaria.

En cuanto a las opciones farmacológicas disponibles a día de hoy, la revisión de los estudios proporciona, a grandes rasgos, datos aún escasos aunque esperanzadores:

- En el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad, el estudio PATS ha demostrado que el metilfenidato es un tratamiento con unas más que aceptables seguridad y eficacia entre los 3 y los 5,5 años, si bien sin perder de vista la reconocida mayor sensibilidad de este grupo de edad a sus efectos secundarios, y el menor tamaño del efecto del fármaco respecto a niños mayores<sup>8</sup>. Respecto a la atomoxetina, dos estudios preliminares<sup>7,10</sup> apuntan hacia su seguridad y eficacia, si bien su población es poca (22 y 9 pacientes, respectivamente) y el rango de edad estrecho (5-6 años).
- En los trastornos del comportamiento perturbador, tan solo la risperidona presenta resultados publicados, una serie de 8 casos<sup>5</sup> que muestran una disminución de la gravedad sintomática, junto a un aumento de peso medio de 5,5 kg.
- En los Trastornos del Espectro Autista, a pesar del creciente número de estudios sobre su tratamiento farmacológico en niños y adolescentes, y aún siendo el prototipo clásico de trastorno mental de inicio muy precoz, los dedicados a la edad preescolar son escasos y poco recientes. Aunque varios estudios incluyen pacientes desde los 5 años de edad, sólo cinco comprenden una población propiamente preescolar, dos con haloperidol<sup>1,2</sup> (ambos con diseño doble ciego controlado con placebo, 85 pacientes entre ambos) y tres con risperidona (dos abiertos<sup>17,18</sup> y uno doble ciego controlado con placebo<sup>16</sup>. 58 pacientes en total). Los estudios con haloperidol hallaron una mejoría significativa en los síntomas conductuales, sin efectos secundarios significativos. En cuanto a la risperidona (con dosis entre 0,25 y 1,5 mgrs.), demostró igualmente eficacia frente a síntomas conductuales, inquietud, estereotipias y regulación emocional, si bien fue menos evidente en el estudio controlado, así como un buen perfil de seguridad y tolerancia.
- En los trastornos de ansiedad, la categoría diagnóstica más frecuente en preescolares, se han publicado 6 artículos, todos ellos casos clínicos salvo uno, un estudio abierto de 7 pacientes diagnosticados de estrés posttraumático y tratados con clonidina<sup>9</sup>. Esta

escasez y pobreza de estudios no permite extraer conclusiones ni proponer recomendaciones, salvo, con mucha cautela, el uso de ISRSs en casos particularmente graves y resistentes a intervención cognitivo-conductual, con dosis iniciales muy bajas y aumentos muy lentos.

- En el trastorno depresivo no existen estudios publicados, a pesar de ser, quizás, la entidad mejor caracterizada clínicamente en este rango de edad.
- En el trastorno bipolar, la aún controvertida caracterización clínica del trastorno en preescolares<sup>15</sup> lo ha convertido, probablemente, en el diagnóstico más discutido y mediático, y en el tratamiento farmacológico más criticado y denostado. El hecho cierto es que los estudios publicados sobre su tratamiento farmacológico son aún muy escasos y en exceso heterogéneos (7, sólo dos de ellos<sup>4,21</sup> ensayos, y ambos abiertos, con 31 pacientes respectivamente). Plantean el uso de estabilizadores del humor (valproato, litio) y/o antipsicóticos atípicos (risperidona, olanzapina, aripiprazol), si bien hasta la fecha la información disponible es muy pobre. Debe pues reservarse su uso para casos particularmente graves emocional y conductualmente, y teniendo en cuenta que la risperidona es, de entre todos ellos, el fármaco sobre el que más información (aunque aun así muy poca) sobre seguridad y eficacia se dispone.

En definitiva, la psicofarmacología en preescolares sigue siendo en la actualidad más una promesa que una realidad, aunque de más urgente abordaje cada día que pasa a tenor de su uso creciente. Las investigaciones disponibles apenas aproximan al clínico a un uso seguro y eficaz, mientras que el miedo y el estigma parecen seguir siendo potentes disuasores del progreso en esta área. Su comprensión y su uso racional, unidos a los imprescindibles progresos en otras áreas del tratamiento de preescolares, exigen un avance si realmente queremos disponer de programas multimodales prácticos, seguros y eficaces, aplicables en la clínica, para el tratamiento de estos niños gravemente enfermos y con su desarrollo notablemente comprometido.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Anderson LT, Campbell M, Grega DM, et al. Haloperidol in the treatment of infantile autism: effects on learning and behavioral symptoms. *Am J Psychiatry* 1984; 141 (10): 1195-1202.
2. Anderson LT, Campbell M, Adams P, et al. The effects of haloperidol on discrimination learning and behavioral symptoms in autistic children. *J Autism Dev Disord* 1989; 19 (2): 227-239.



3. Angold A, Egger HL. Psychiatric diagnosis in preschool children. En: DelCarmen-Wiggins R, Carter A. Handbook of infant, toddler and preschool mental health assessment. New York: Oxford University Press; 2004. p. 123-139.
4. Biederman J, Mick E, Hammerness P, et al. Open-label, 8-week trial of olanzapine and risperidone for the treatment of bipolar disorder in preschool-age children. *Biol Psychiatry* 2005; 58 (7): 589-594.
5. Cesena M, Gonzalez-Heydrich J, Szigethy E, et al. A case series of eight aggressive young children treated with risperidone. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2002; 12 (4): 337-345.
6. Egger HL, Angold A. Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry* 2006; 47 (3/4): 313-337.
7. Ghuman JK, Aman MG, Ghuman HS, et al. Prospective, naturalistic, pilot study of open-label atomoxetine treatment in preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2009; 19 (2): 155-166.
8. Greenhill L, Kollins S, Abikoff H, et al. Efficacy and safety of immediate-release methylphenidate treatment for preschoolers with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45 (11): 1284-1293.
9. Harmon RJ, Riggs PD. Clonidine for posttraumatic stress disorder in preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 35 (9): 1247-1249.
10. Kratochvil CJ, Vaughan BS, Mayfield-Jorgensen ML, et al. A pilot study of atomoxetine in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2007; 17: 175-185.
11. Lange KJ, McInnis MG. Studies of anticipation in bipolar affective disorder. *CNS Spectr* 2002; 7 (3): 196-202.
12. Lavigne JV, Gibbons RD, Christoffel KK, et al. Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35 (2): 204-214.
13. Lavigne JV, Arend R, Rosenbaum D, et al. Psychiatric disorders with onset in the preschool years: I. Stability of diagnoses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 1246-1254.
14. Lavigne JV, Arend R, Rosenbaum D, et al. Psychiatric disorders with onset in the preschool years: II. Correlates and predictors of stable case status. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 1255-1261.
15. Luby JL, Belden A. Defining and validating bipolar disorder in the preschool period. *Dev Psychopathol* 2006; 18 (4): 971-988.
16. Luby J, Mrakotsky C, Stalets MM, et al. Risperidone in preschool children with autistic spectrum disorders: an investigation of safety and efficacy. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2006; 16 (5): 575-587.
17. Masi G, Cosenza A, Mucci M, De Vito G. Risperidone monotherapy in preschool children with pervasive developmental disorders. *J Child Neurol* 2001; 16 (6): 395-400.
18. Masi G, Cosenza A, Mucci M, Brovedani P. Open trial of risperidone in 24 young children with pervasive developmental disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40 (10): 1206-1214.
19. McGorry PD, Killackey E, Yung A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry* 2008; 7 (3): 148-156.
20. Olfson M, Crystal S, Huang C, Gerhard T. Trends in antipsychotic drug use by very young, privately insured children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010; 49: 13-23.
21. Scheffer RE, Niskala, Apps JA. The diagnosis of preschool bipolar disorder presenting with mania: open pharmacological treatment. *J Affect Disord* 2004; 82 (Suppl 1): S25-34.
22. Smoller JW. The etiology and treatment of childhood. *Journal of Polymorphous Perversity* 1985; 2 (2): 3-7.
23. Zito JM, Daniel JS, dosReis S, Gardner JF, Boles M, Lynch F. Trends in the prescribing of psychotropic medications to preschoolers. *JAMA* 2000; 283: 1025-1030.
24. Zito JM, Safer, DJ, Valluri S, Gardner JF, Korelitz JJ, Mattison DR. Psychotherapeutic medication prevalence in Medicaid insured preschoolers. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2007; 17: 195-204.



## 2 APORTACIONES DE LOS ESTUDIOS GENÉTICOS EN EL TDAH

**J. ANTONI RAMOS-QUIROGA.** Programa de TDAH, Servei de Psiquiatria, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. Departament de Psiquiatria i Medicina Legal. Facultat de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona.

### OBJETIVO

Actualizar los conocimientos existentes sobre las bases genéticas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). La presentación se centrará especialmente en datos recientes sobre el TDAH a lo largo de la vida y las aportaciones de los estudios genéticos al conocimiento del TDAH.

### DESARROLLO Y CONCLUSIONES

El TDAH es uno de los trastornos neuropsiquiátricos de mayor prevalencia en la población general en la infancia. Durante los últimos años se ha puesto de manifiesto su frecuente progresión a la edad adulta. Los resultados de los estudios familiares, de gemelos y de niños adoptados demuestran un elevado grado de agregación familiar. Los trabajos en genética molecular han mostrado asociaciones positivas con diferentes polimorfismos genéticos de sistemas de neurotransmisión implicados en la fisiopatología del TDAH, principalmente con el dopaminérgico, serotoninérgico, noradrenérgico, neurotrofinas, genes de lateralidad cerebral y el gen de la latrofilina 3 (LPHN3). La etiología del TDAH es todavía poco conocida, pero los diferentes trabajos publicados en torno a las bases genéticas del trastorno indican que presenta una alta carga genética, de herencia compleja, y modulada por factores ambientales. Los estudios genéticos han aportado un mayor conocimiento de la fisiopatología del TDAH, así como de la evolución y respuesta a psicofármacos.

## EFICACIA EXTENDIDA DEL TRATAMIENTO DEL TDAH: MÁS ALLÁ DE LOS SÍNTOMAS CENTRALES

**CÉSAR SOUTULLO ESPERÓN.** Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El TDAH es uno de los trastornos más frecuentes en niños y adolescentes. Está frecuentemente infradiagnosticado e infratratado. En España el retraso en el diagnóstico está entre 3 y 6 años según diferentes estudios. Aunque las guías clínicas españolas e internacionales de forma repetida recomiendan el tratamiento farmacológico como el más coste-efectivo y de primera elección en niños a partir de los 6 años con TDAH grave o moderado, sólo un porcentaje bajo de los pacientes diagnosticados están tratados, muchos a dosis infraterapéuticas. Además, la utilización de medicación baja sustancialmente en verano y otras vacaciones. El TDAH afecta seriamente la calidad de vida de la familia y del niño. Hay varios factores asociados a una peor calidad de vida: la gravedad de los síntomas medida en las subescalas de comportamiento y actividades familiares de la estala CHQ, el impacto de la enfermedad (C-GAS), la comorbilidad con Trastorno de Conducta, Trastorno Negativista Desafiante o tener más de dos comorbilidades asociadas, y factores demográficos como que el padre o la madre tengan enfermedad mental, o que el niño viva sólo con uno de los padres.

### MÉTODO

Realizamos una búsqueda bibliográfica en MedLine sobre tratamiento del TDAH, seleccionando estudios sobre calidad de vida en TDAH además de eficacia en los síntomas centrales.

### RESULTADOS

1. Encontramos 16 estudios de Calidad de Vida en TDAH frente a controles sanos, objetivando una peor calidad de vida en pacientes con TDAH.
2. Encontramos 7 estudios de calidad de vida en pacientes con TDAH frente a pacientes con otras patologías médicas (asma, parálisis cerebral, cáncer, estar en silla de ruedas) y psiquiátricas (depre-



sión, TND), objetivando niveles de afectación de la calidad de vida similares a estas patologías.

3. Encontramos 3 estudios abiertos de calidad de vida en pacientes tratados con metilfenidato. En dos de ellos se encontró diferencia en Calidad de Vida entre pacientes tratados versus no tratados con metilfenidato.
4. Encontramos dos estudios en pacientes tratados con sales de anfetamina (no disponibles en España).
5. Encontramos 9 estudios controlados sobre calidad de vida en pacientes tratados con atomoxetina. Los estudios encontraron diferencias significativas en calidad de vida entre pacientes tratados con atomoxetina versus no tratados, excepto un estudio que sólo encontró tendencia a la mejoría tras 7 semanas. Algunos estudios en los que se objetivó mejoría eran más largos en duración que estudios previos (12 semanas), y encontraron tamaños del efecto de 0,8 y 1,3, superiores a los encontrados en estudios más cortos. Estos estudios además incluían psicoeducación, y contaron con pacientes recién diagnosticados y naïve a otros tratamientos.

## CONCLUSIONES

El metilfenidato y la atomoxetina son los fármacos de primera línea en el tratamiento del TDAH. Además, en EE.UU. se ha aprobado la guanfacina de liberación prolongada. Generalmente, además de la medicación es necesario combinar psicoeducación y entrenamiento a los padres para manejo conductual, y apoyo escolar. En el tratamiento del TDAH deben tenerse en cuenta: los síntomas centrales del TDAH, el patrón de afectación a lo largo del día (intentando cubrir la mayor parte posible del día), y aspectos más allá de los síntomas centrales, como la calidad de vida.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Danckaerts M et al. The quality of life of children with ADHD: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2009.
2. Montoya A et al. Evaluation of atomoxetine for first line treatment of newly diagnosed, treatment-naïve children and adolescents with ADHD. *Curr Med Res Opin* 2009; 25 (11): 2745-54.
3. Soutullo C y Díez A. Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH. Editorial Médica Panamericana, 2007.

## INTERVENCIÓN EN TDAH: MÁS ALLÁ DE LA FARMACOLOGÍA

3

MONTSE PÀMIAS, PS. NURIA REINA, PS. PATRICIA NOVO. Servei de Psiquiatria Infantil. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell

La evidencia del componente biológico en el TDAH ha determinado la mayoría de los estudios de tratamiento en este trastorno. La eficacia de los psicofármacos en la mejora de los síntomas nucleares, comorbilidades y calidad de vida ha sido ampliamente demostrada. Sin embargo, en las más de 50 revisiones sobre el tratamiento del TDAH publicadas en los últimos 5 años, se resalta la importancia de la intervención multidisciplinar.

En esta ponencia haremos una revisión de qué tipos de intervenciones psicoterapéuticas son eficaces en niños y adolescentes con TDAH y en qué aspectos han demostrado su eficacia, siguiendo los criterios de evidencia científica. Terminaremos con nuestra propuesta de integrarlas en los programas de tratamiento multimodal del TDAH y sus comorbilidades.

## TERAPIAS CON EVIDENCIA CIENTÍFICA

- Entrenamiento en manejo de conducta a padres: ha mostrado largamente su efectividad en los niños que presentan conductas disruptivas tengan o no un TDAH, especialmente para estas conductas, aunque para los niños de edad preescolar se ha encontrado mejoría significativa tanto en comportamiento disruptivo como en los síntomas propios del TDAH con este tipo de intervención. Entre este tipo de programas se han publicado distintos formatos similares que han mostrado su eficacia: Community Parent Education Program (COPE, Cunningham et al. 1997), The Incredible Years (Webster-Stratton et al. 1992), Defiant Children (Barkley et al. 1997), Parent-Child Interaction Therapy (PCIT, Eyberg y Robinson, 1982), Triple-P Positive Parenting Program (Sanders et al. 2000). De los estudios originales se han ido haciendo nuevos estudios hasta la fecha que replican la efectividad como intervención conductual para TDAH (con presencia de conductas disruptivas).
- Entrenamiento para profesores en manejo de conducta en el aula: ya en 1997, DuPaul publicó un



4

metaanálisis de 70 estudios de intervención en el aula, y concluyó que eran eficaces (con tamaños del efecto que iban de 0.60 a 1.40). Consistían básicamente en la aplicación de refuerzo contingente. El papel del castigo está menos estudiado en este tipo de programas, pero lo que sí se sabe es que el coste de respuesta es una técnica más efectiva que el castigo no contingente o incoherente (aquél que no tiene relación con la conducta a modificar). Pero en la mayoría de los estudios de intervención en el aula no se ha estudiado si hay generalización a otros ámbitos escolares donde no se aplique el programa. También tienen algún soporte empírico las contingencias en casa para el comportamiento en clase (es decir, mediante tarjetas diarias que se hacen desde la escuela, y se hacen llegar a los padres, para la intervención en casa).

- Programas de tratamiento de verano: el más conocido es el Programa de Tratamiento de Verano de Pelham (Pelham et al. 1996), en el que se unen los siguientes componentes: 1) entrenamiento para padres en manejo de conducta, 2) implementación en el aula de técnicas de modificación de conducta, 3) práctica y tutorización de habilidades académicas y deportivas, 4) entrenamiento en habilidades sociales, 5) medicación psicoestimulante.

#### TERAPIAS QUE TIENEN EVIDENCIA LIMITADA

- Terapia cognitivo-conductual individual (Cognitive Behavioural Therapy, CBT): a pesar de su eficacia en otros trastornos en psiquiatría infantil, los tamaños del efecto de los pocos estudios que ha habido han sido pequeños. Es por esta eficacia limitada que este tipo de terapias no se incluyeron en el MTA. Aunque la CBT no ha podido mostrar eficacia en niños con TDAH, hay razones para pensar que podría mostrarla en el tratamiento para adolescentes (en adultos está mostrando su eficacia), pero está siendo poco investigada en este grupo de edad, por lo que las investigaciones futuras deberían cubrir el déficit de estudios de CBT para adolescentes con TDAH, ya sea en combinación con psicofármacos o a solas. Estas terapias incluyen esencialmente el entrenamiento en autoinstrucciones, las técnicas de solución de problemas, las técnicas de autocontrol basadas en el autorrefuerzo (mediante la adquisición de habilidades de autoobservación y autoevaluación), y las estrategias de

autocontrol para afrontar los errores. En adolescentes, también hay estudios que han incluido las técnicas de entrenamiento en habilidades de comunicación y las técnicas de reestructuración cognitiva para mejorar la relación con los padres (pero incluyendo también la participación de los padres, mediante intervenciones grupales para estos).

- Entrenamiento en habilidades sociales: la eficacia encontrada también ha sido limitada. Hay algún estudio controlado en el que los resultados no fueron muy óptimos (Ansthe et al., 2003), ya que alguna mejora detectada no se mantenía en los seguimientos, y en los niños con TDAH subtipo inatento y en aquellos con Trastorno Negativista Desafiante comórbido no se encontró ningún beneficio post-intervención. En los niños con TDAH subtipo combinado no hubo mejoría sustancial en habilidades asertivas. Barkley hace hincapié en que en el TDAH no existe un déficit de habilidades sociales, sino una dificultad específica para ponerlas en práctica (déficit en la actuación, no en el conocimiento), probablemente debido al déficit en autocontrol. El entrenamiento, para que funcionara, debería darse en el ámbito natural y en el mismo momento en que están ocurriendo las situaciones conflictivas.

#### OTRAS TERAPIAS

Entre ellas se nombra: entrenamiento vestibular, biofeedback y entrenamiento en relajación, neurofeedback (EEG biofeedback), entrenamiento cognitivo, ejercicios de integración sensorial... Son descritos como potencialmente efectivos en publicaciones de casos no controlados, o estudios de caso único con series cortas, o en comparaciones de tratamiento versus no tratamiento. En todas ellas faltan estudios experimentales replicativos de su eficacia.

De las técnicas mencionadas, cabe resaltar las cognitivas y el neurofeedback, porque son las que más investigación han generado.

- Las intervenciones cognitivas consisten básicamente en entrenamiento en atención y en memoria de trabajo. El problema principal de estas técnicas, aparte de problemas en el diseño de las investigaciones, es que no se mantienen los efectos ni se generalizan a los diferentes ámbitos de la vida del paciente, y por tanto, los beneficios acaban mostrando poca relevancia clínica.
- El neurofeedback, también llamado biofeedback



electroencefalográfico (biofeedback EEG) está produciendo un número relativamente elevado de investigaciones recientemente. Se basa en un modelo biológico del TDAH que describe este trastorno como una alteración de la regulación neural y de infra-arousal, y se asume que podrían corregirse esas alteraciones mediante métodos conductuales, argumentando que la posible efectividad del neurofeedback se puede atribuir a un condicionamiento operante de la regulación. El objetivo del neurofeedback es entrenar a la persona en normalizar las frecuencias neurales anormales incrementando la conciencia de lo que debería ser un patrón de frecuencias normalizado. Se graba la actividad neural representada en el EEG mientras el participante realiza un programa de ordenador tipo videojuego. En las sesiones, los clínicos entrenan y asesoran a los pacientes a que mantengan el esfuerzo y se focalicen en el uso de estrategias metacognitivas durante la realización de la tarea, y cuando los pacientes consiguen un patrón neural caracterizado por reducción de ondas de actividad lenta e incremento de ondas de actividad rápida, reciben feedback positivo. Estas técnicas sí han conseguido mejora de los procesos atencionales en estudiantes sanos, requiriendo unas 60 sesiones durante al menos 6 meses de tratamiento para que el beneficio sea mantenido, pero esto sólo se logró en el 20% de los estudiantes con TDAH. Casi todos los estudios fallan en conseguir mejoras respecto a grupo control de lista de espera. Y también, al igual que las técnicas cognitivas, fallan en los diseños del estudio (poca muestra, no control de variables contaminadoras, etc...).

- Por último, el psicoanálisis y la terapia del juego no han probado efectividad para el TDAH.

El TDAH es un trastorno con un elevado índice de comorbilidad. Las principales comorbilidades descritas son el Trastorno Negativista Desafiante y los trastornos internalizantes: trastornos de ansiedad y depresión. No existe nivel A de evidencia en la aplicación de ninguna intervención psicoterapéutica específica para el TDAH y sus comorbilidades. Sin embargo, disponemos de evidencia de la psicoterapia en el tratamiento de los trastornos de conducta y de la depresión en niños y adolescentes (evidencia bien establecida en el terapia cognitivo-conductual en niños y adolescentes, y terapia interpersonal en adolescentes). En los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes la terapia cognitivo-conductual se define

como probablemente eficaz tanto a nivel individual como grupal.

En la Unidad de TDAH del nuestro hospital (unidad interdisciplinaria formada por psiquiatras, neuropediatras, psicólogos, neuropsicólogos y enfermería) el protocolo de tratamiento incluye la intervención individual cognitivo-conductual en casos de comorbilidad psiquiátrica y la intervención grupal de psicoeducación y entrenamiento en manejo de conducta para padres. Esta intervención consiste en 10 sesiones de tratamiento grupal, de frecuencia semanal, en la que participan de 15 a 20 padres y madres de niños y adolescentes con TDAH de edades comprendidas entre los 5 y los 18 años. Se realizan por separado los grupos de los padres de niños de los padres de adolescentes. Se han introducido algunas variaciones en la intervención en padres de adolescentes, tanto en la aplicación de determinadas técnicas conductuales como en la psicoeducación en comorbilidades o en el tema concreto de consumo de tóxicos.

Los datos que vamos a presentar son los resultados de los grupos que venimos realizando, evaluando su eficacia mediante las puntuaciones pre y post en CBCL y Conners de 103 participantes, y comparando los resultados entre los padres de niños (menores de 12) y de los adolescentes (mayores de 12).

El protocolo contempla también la coordinación y tipo de intervención en el ámbito escolar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Antshel KM, Barkley R. Psychosocial interventions in attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2008; 17 (2): 421-437.
2. Antshel KM, Remer R. Social Skills training in children with attention deficit hyperactivity disorder: a randomized-controlled clinical trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2003; 32 (1): 153-165.
3. Arns M et al. Efficacy of neurofeedback treatment in ADHD: the effects on inattention, impulsivity and hyperactivity: a meta-analysis. *Clinical EEG and Neuroscience* 2009; 40 (3): 180-189.
4. Daviss WB. A review of co-morbid depression in pediatric ADHD: etiology, phenomenology, and treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 2008; 18 (6): 565-571.
5. DuPaul GJ. The effects of school-based interventions of attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis. *School Psychology Review* 1997; 26: 5-27.
6. Fabiano GA et al. A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review* 2009; 29 (2): 129-140.
7. Kratochvil CJ et al. Treatment response in depressed adolescents with



- 6 and without comorbid attention-deficit /hyperactivity disorder in the Treatment for Adolescents with Depression Study. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 2009; 19 (5): 519-527.
8. Muñoz-Solomando A, Kendall T et al. Cognitive behavioural therapy for children and adolescents. *Current Opinion in Psychiatry* 2008; 21 (4): 332-337.
  9. Murray DW et al. A clinical review of outcomes of the multimodal treatment study of children with attention-deficit/hyperactivity disorder (MTA). *Current Psychiatry Reports* 2008, 10 (5): 424-431.
  10. Owens JS et al. Science to practice in underserved communities: the effectiveness of school mental health programming. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2008; 37 (2): 434-447.
  11. Papazian O, Alfonso I, Luzondo RJ, Araguez N. Entrenamiento de la función ejecutiva en preescolares con trastorno por déficit de atención/hiperactividad combinado: estudio prospectivo, controlado y aleatorizado. *Revista de Neurología* 2009; 48 (supl 2): S119-122.
  12. Pelham WE Jr. et al. Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical of Child and Adolescent Psychology* 2008; 37 (1): 184-214.
  13. Pelham, WE, Hoza, B. Intensive treatment: a summer treatment program for children with ADHD. In: Jensen EHP, editor. *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: empirically based strategies for clinical practice*. New York, APA Press; 1996, p. 311-340.
  14. Toplak Meet al. Review of cognitive, cognitive-behavioral, and neural-based interventions for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Clinical Psychology Review* 2008; 28 (5): 801-823.



## HOSPITAL DE DÍA PARA NIÑ@S DE 6-13 AÑOS

**MONTSERRAT GRAELL BERNA, ÁNGEL  
VILLASEÑOR MONTARROSO, GONZALO  
MORANDÉ LAVIN.** Sección de Psiquiatría y Psicología  
Infantil y Juvenil. Hospital Infantil Universitario Niño  
Jesús. de Madrid

Los trastornos psiquiátricos moderados-graves de edad escolar y/o prepuberales que no pueden contenerse en tratamiento ambulatorio presentan características clínicas específicas que precisan evaluaciones diagnósticas completas y precisas, así como un diseño de estrategias de tratamiento intensivas.

Los Hospitales de Día surgen como una alternativa a la hospitalización en aquellos pacientes que precisan tratamientos intensivos pero que se pretende continúen en contacto con su medio familiar y social. Son tratamientos institucionales a tiempo parcial que ofrecen técnicas terapéuticas integrales<sup>1</sup>. Los Hospitales de Día Psiquiátricos son centros médicos orientados al tratamiento de trastornos mentales, a diferencia de otros Centros de Día educativos o sociales que están orientados a otros objetivos.

El Hospital de Día Infantil es un programa que combina distintas modalidades terapéuticas sin separar al niño de su familia; es condición que la familia proporcione un entorno seguro y también que exista posibilidad de cambio en el seno de la misma. La mayoría de niños que no responden a tratamiento ambulatorio pueden ser tratados en Hospital de Día, pero siempre que no exista peligro de auto o hetero-lesión, que la familia pueda hacerse cargo del niño y que este no sufra enfermedades físicas que precisen tratamiento continuo<sup>1</sup>.

Los Hospitales de Día ubicados en hospitales donde existe una Unidad de Hospitalización ofrecen la posibilidad de completar el ingreso reduciendo el tiempo de ingreso en el hospital.

En los Hospitales de Día se trabaja proporcionando un “medio terapéutico” combinando tareas y actividades distintas según los autores: experiencia emocional, terapia del lenguaje, juego, tareas escolares, terapia ocupacional, psicomotricidad<sup>1,6</sup>.

El tratamiento de Hospital de Día es en la actualidad una de las principales modalidades de tratamiento para niños con psicopatología severa<sup>2,4,6,7</sup>.

El Hospital Infantil Universitario Niño Jesús propone, dentro del modelo de continuidad de cuidados de la

Sección de Psiquiatría y Psicología, un dispositivo de observación y tratamiento intensivo en forma de Hospital de Día para Edad Escolar desarrollado en un medio intrahospitalario que atiende patología aguda o reagudizada, por período de tiempo no superior a 2 meses.

Las bases teóricas del modelo que planteamos son: la comprensión de los trastornos mentales del niño en el paradigma bio-psico-familiar-social (Engel), la posibilidad de establecer la vinculación terapéutica con el niño y su familia, la aplicación de principios cognitivo-conductuales, así como principios teóricos psicoeducativos y de terapia de familia.

El objetivo principal es proporcionar al niño con patología mental moderada-grave una experiencia terapéutica alternativa al síntoma (“medio terapéutico”) y según su nivel de desarrollo, sin separar al niño de su familia, medio social y escolar. Aunque el núcleo fundamental de trabajo es la psicopatología del niño y la rehabilitación de las funciones de desarrollo alteradas por la psicopatología, los padres se consideran parte fundamental del tratamiento mediante un trabajo familiar en grupo específico de padres y las indicaciones de cuidado del niño en casa a través del instrumento “Plan de Vida”. En este dispositivo se ofrece un medio estable, estructurado y altamente coordinado durante un mínimo de 20 horas a la semana (3 días/semana).

En el Hospital de Día se ofertan diversas modalidades terapéuticas generales o inespecíficas: grupal, familiar, individual, académica, recreativa y social, que incluyen intervenciones psicológicas, psiquiátricas, pediátricas, de enfermería, académicas y sociales, organizadas en distintos programas de evaluación y tratamiento según la psicopatología principal (trastornos de alimentación, trastornos del comportamiento, trastornos afectivos y de ansiedad).

Disponemos de un equipo interdisciplinar cualificado con un coordinador/director con funciones de coordinación y supervisión de las tareas del equipo y terapeuta del grupo de niños y padres. El equipo se compone de psicólogo, psiquiatra, enfermera, maestra, residentes, alumnos en prácticas y voluntarios y personal de interconsulta: pediatra, trabajadora social y logopeda con diferentes dedicaciones horarias. En la reunión de equipo semanal, dirigida por el coordinador, se determinan las indicaciones de ingreso en Hospital de Día, evolución de los pacientes e indicaciones de alta y derivación.

Pretende unos objetivos clínicos (evaluación diagnóstica y terapéuticos) y de gestión (rentabilizar recursos asistenciales, reducción de ingresos hospitalarios, incremento de la participación familiar).





2 Están establecidos los criterios de admisión, exclusión y alta al Hospital de Día.

La evaluación es el comienzo de la intervención en el Hospital de Día, consiste en: Observación del niño en Hospital de Día, Entrevistas individual y familiar para la exploración médica, psiquiátrica, psicológica, familiar, de enfermería, psicométrica (si no se ha realizado en dispositivo derivante) y académica.

Se establece un contrato terapéutico individualizado verbal con el niño y la familia que determina los objetivos y condiciones del ingreso en hospital de día, en las que destaca la obligatoriedad de asistencia al hospital de día y de acudir al colegio habitual el resto de días.

El Hospital de Día está organizado en un espacio (dos salas de trabajo terapéutico, espacio de recreo, baño y consultas profesionales: enfermería, médica y psicológica) y horarios específicos (20-25 horas -3 días semana de 8.30h-15.00h- a la semana con desayunos, snack de media mañana y comidas incluidos). Dispone de 10 plazas. El tipo de intervención principal es grupal (convivencia grupal, intervención de enfermería, terapia de grupo, grupo de padres, grupo de manualidades, Aula, reunión de equipo), también familiar (entrevistas familiares) e individual (evaluación inicial, entrevistas individuales, evaluación médica, intervención de enfermería). Los grupos terapéuticos, Aula y de manualidades se realizan 3 veces a la semana; el grupo de padres es semanal.

La mayor parte del tiempo transcurre en convivencia en grupo: Comidas, Colegio, Recreo, Psicoterapia. El proceso terapéutico grupal prima sobre lo individual. Se requiere un ambiente estructurado, con límites claros y algunas restricciones. Debe existir una atmósfera de coordinación y buen entendimiento que proporcione una experiencia emocional correctiva y facilite la mejora y la adaptación del niño. En general los niños establecen una relación con uno o más miembros del equipo a los cuales expresan sus sentimientos, el personal (enfermera, psicólogo, maestra y psiquiatra) deben estar formados para reconocer las reacciones de transferencia y responder a ellas de forma adecuada. Es necesario estar disponibles y atentos al lenguaje oral, gestual, corporal y escrito (dibujo, diario), juego y hábitos del niño. Facilita la relación terapéutica conocer técnicas de comunicación constructiva, especialmente: escuchar, mirarlos a los ojos cuando les hablamos, nombrarles por su nombre, aceptar los sentimientos de los niños: hacerles saber que no importa estar enojado, frustrado, temeroso. Decir lo que se siente y sentir lo que se dice. Tener una actitud positiva y exponer qué conducta se espera. Ser explícito con alabanza y crítica, separar su persona de los hechos.

Las actividades en hospital de día son estructuradas en objetivos y procedimientos, lo cual permite extender el aprendizaje y su interiorización. Las tareas del niño en la convivencia grupal se definen dentro de las capacidades del niño con incentivos o refuerzos que alientan el progreso. Se proponen tareas que ayuden a los niños a mejorar su auto-concepto y la aceptación de sí mismo, la resolución de conflictos se realiza a través de la negociación y la persuasión. El niño precisa la experiencia de un trabajo cooperativo en proyectos y actividades que estimulen el afrontamiento de dificultades y mejoría de las habilidades sociales.

En el grupo de terapia se pretende ayudar a afrontar los miedos provocados por su conducta y por el entorno nuevo para desarrollar la alianza terapéutica, se reconocen las circunstancias dolorosas y se trata de entender el sufrimiento, en el grupo se confrontan los comportamientos alterados y se explicita aquello que se espera que cambie (límites). Es un espacio de aprendizaje de estrategias que le ayuden al cambio de actitudes, sentimientos y comportamientos. Deben resolverse las contingencias que aparecen en el grupo: conductas desadaptativas, críticas, diferencias entre los miembros, conflictos.

Tanto en convivencia grupal como en grupo de terapia se utilizan diversas técnicas psicoterapéuticas: conductuales (refuerzos, contingencias, moldeamiento, contratos), cognitivas (estrategias de resolución de problemas, técnica de la tortuga, auto-instrucciones) dinámicas (relación vincular con ambiente continente y seguro, aspectos transferenciales y contra-transferenciales, fantasías, interpretación de contenidos inconscientes y latentes a la conducta) y psicoeducativas.

La evaluación y seguimiento médico pediátrico se realiza a interconsulta realizada por médico psiquiatra, es especialmente importante en los niños con diagnóstico de trastorno de alimentación o en aquellos con patología médica previa.

La evaluación y seguimiento psiquiátrico se realiza al inicio y final del programa en todos los casos y durante la estancia en el hospital de día.

La indicación farmacológica es frecuente, y a veces compleja, en estos niños con trastornos moderados- graves que precisan tratamiento intensivo.

El grupo de padres se realiza semanalmente, participan las madres, padres u otros familiares con relación vincular, está dirigido por el coordinador del hospital de día que trata a sus hijos. Es un grupo abierto, directivo, de aconsejamiento. Es un grupo con gran contenido emocional, en general muy exigente pero con capacidad para



cambiar. La tarea es ayudar a los hijos a salir del conflicto, los padres ayudan al tratamiento y se consideran competentes para el cuidado del niño, aunque pueden presentar transitoriamente algunas dificultades de competencia de cuidado que serán subsanadas durante la estancia en el hospital de día. Aseguran la asistencia del niño, aportan información, re-aprenden a cuidar permitiendo crecer a su hijo e intentan mejorar el clima familiar. Precisan conocer los límites entre el problema del hijo que afecta a la familia y los problemas de los padres que pueden ser o no relevantes para el hijo. Los límites a las atribuciones inadecuadas son un trabajo necesario en el grupo. En muchos casos debe aprender a cuidarse, incluido la necesidad de tratamiento individual o familiar.

La intervención académica se realiza en el Aula por una maestra especializada en pedagogía terapéutica. La intervención consiste en la reorganización de la capacidad de aprendizaje del niño y coordinación con escuela para continuar la enseñanza del niño.

Las actividades para-terapéuticas principales son: Grupo de Teatro y Manualidades, salidas terapéuticas para visitas diversas (circo, museo, estadios deportivos).

Expondremos la experiencia clínica con los 98 niños tratados en el Hospital de Día durante tres años.

## BIBLIOGRAFIA

1. Alcamí M.: Eficacia del Hospital de Día Psiquiátrico infantil. Tesis Doctoral. 1992.
2. Díaz-Sibaja, M.A., Trujillo, A. y Peris-Mencheta, L. Hospital de día infanto-juvenil: programas de Tratamiento. Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente 1992; 7 (1): 80-99
3. Jiménez, A.M. Hospital de día psiquiátrico para niños y adolescentes. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2001; 77: 115-124.
4. Morandé, G. Peculiaridades del hospital de día de adolescentes con trastornos alimentarios. Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2006.
5. Pedreira, J.L. Los hospitales de día en la atención de los trastornos mentales de la adolescencia: orientación terapéutica. Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente 2001; 2 (1): 68-92.
6. Schimmelmann B.G., Schulte-Markwort M. y Richter R. Day clinic treatment in child and adolescent psychiatry. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 2001; 29 (3): 178-88.
7. Sverd, J., Dubey, D.R., Schweitzer, R. y Ninan, R. Pervasive developmental disorders among children and adolescents attending psychiatric day treatment. Psychiatric Services 2003; 54 (11): 1519-1525.
8. Villaseñor A., Graell M., Morandé G. Hospital de Día para niños de edad escolar con trastornos de alimentación. V Congreso de AEETCA. Palma de Mallorca. Junio 2009.

## IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS CONDUCTUALES (TRATAMIENTO CONTEXTUAL) EN UN HOSPITAL DE DÍA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

ELENA FONT, ÁNGELA VIDAL. **Psicólogas Clínicas.**  
**Hospital Clinic Universitari de Barcelona**

Los Hospitales de Día posibilitan el abordaje terapéutico específico e intensivo de los pacientes en un marco altamente cualificado y con un equipo multidisciplinar. El hospital de día es un marco terapéutico que engloba el tratamiento psicoterapéutico individual y grupal, el tratamiento psicofarmacológico y el abordaje psicosocial de las familias, sin olvidar la intervención pedagógica y educativa. Además, este tratamiento intensivo se puede realizar sin desvincular al niño y al adolescente de su ambiente familiar, académico y social.

Los objetivos del Hospital de Día son:

- Realización de tratamiento multidisciplinar e intensivo en patologías claramente definidas.
- Incorporación progresiva del paciente, después de una enfermedad mental grave, al ámbito educativo, laboral o social.
- Orientación diagnóstica en pacientes con dudas diagnósticas desde el recurso ambulatorio.
- Evitación de la hospitalización total, siempre y cuando sea posible, en pacientes con trastorno mental grave.
- Acortar la hospitalización total, a la vez que servir como medio de aproximación progresiva desde la hospitalización total al entorno natural del paciente.

El Hospital de Día de nuestro Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil funciona desde el año 2002 y atiende tanto a adolescentes como a prepúberes, siendo 20 el número máximo de plazas. Los primeros asisten los lunes, miércoles y viernes, en tanto que los segundos acuden los martes y jueves. El horario de funcionamiento es de 9h de la mañana a 15h de la tarde. No obstante, en función de las particularidades de cada uno se establece el horario más adecuado para cada paciente. El equipo multidisciplinar de nuestro Hospital de Día está formado por los siguientes miembros: dos psicólogos, una enfermera, un educador social, un auxiliar sani-



4 tario, una terapeuta ocupacional, una trabajadora social, una maestra y una administrativa.

Existe un modelo de Hospital de Día que se centraría en el tratamiento psicológico intensivo e individual de los pacientes y que, por tanto, entendería que el resto de horas que el paciente pasa en el Hospital de Día una vez hecho dicho tratamiento son para entretenerse o distraerse, sin otra finalidad terapéutica. Un segundo modelo, además de apoyar el tratamiento psicológico intensivo e individual, abogaría por el tratamiento contextual, es decir, todas aquellas estrategias que se utilizan “fuera del despacho” y que formarían parte del tratamiento global. Estas estrategias hacen referencia a todo lo que vive el paciente durante su día a día en el Hospital de Día; más adelante hablaremos de ellas con más detenimiento.

Este segundo modelo de HD supone:

- a) Una de las funciones principales del psicólogo es diseñar e implementar técnicas conductuales en el funcionamiento del HD (ya no solamente se dedica al tratamiento psicológico en el despacho).
- b) Los profesionales del HD no trabajan juntos sino que deben funcionar como equipo de trabajo (consensuar criterios, reuniones diarias sobre funcionamiento, compartir una base de formación similar).
- c) El coordinador de HD debe apoyar este modelo y creer en él, promoviendo la implementación de técnicas conductuales en el HD, potenciando los espacios para hacer reuniones y promoviendo la formación de todos los profesionales.
- d) La existencia de la cultura de la adaptación-inclusión: Somos los profesionales quienes tenemos que hacer todos los esfuerzos posibles para adaptarnos a las necesidades de nuestros pacientes, organizarnos y funcionar, y volver a redefinir nuestra organización y funcionamiento una y otra vez, para que ellos puedan tener una experiencia de aprendizaje positiva. Parte de la premisa de que el paciente, a medida que vaya mejorando, necesitará menos nuestra ayuda y la de las estrategias conductuales para funcionar adecuadamente. Llegará un momento en que por sí mismo logrará funcionar siguiendo los criterios socialmente establecidos (o con las menos adaptaciones posibles). Esto supone un gran esfuerzo por parte de los profesionales, por lo que es imprescindible que todos los miembros del equipo compartan este modelo de HD y estén convencidos que con esta forma de funcionar, aunque costosa, los beneficios son superiores. El otro modelo, en cambio, se basa en creencias muy arraigadas en

las organizaciones educativas. Parten de la base de que ellos marcan los objetivos y los alumnos deben adaptarse a ellos desde el principio; además, piensan que facilitar la adaptación del alumno es ofrecer una realidad falsa, demasiado fácil.

El fundamento teórico de toda estrategia conductual parte del esquema “pensamiento-emoción-conducta”. Partimos de la base de que, cambiando la conducta (es aquello más accesible) podremos cambiar el pensamiento y la emoción.

En todos los pacientes podemos distinguir dos dimensiones:

- a) Actitud: referido al nivel de autocontrol emocional y conductual (obediencia, respeto a la autoridad, tolerar la frustración, cumplir objetivos...).
- b) Actividad: referido a la capacidad de planificar y organizar su vida diaria (actividades de esfuerzo, a mantener relaciones sociales, actividades de ocio).

Tener un nivel aceptable en estas dos dimensiones posibilita la adaptación social del niño y adolescente. Si en estas dos dimensiones el nivel es bajo, difícilmente una intervención psicológica dirigida a factores más internos de la persona (pensamientos, emociones) promoverá cambios, ni estos serán duraderos en el tiempo.

Así, el tratamiento contextual tendrá como objetivo aumentar la capacidad del paciente de tolerar la frustración, de ajustarse a normas y reglas, de aprender a planificar y a organizarse el tiempo, de aprender a motivarse mediante el logro de objetivos. El paciente debe tener la oportunidad de aprender que esta forma de funcionar también es posible y que la valore positivamente (mediante refuerzo social, refuerzos tangibles, y el logro de objetivos). Así, el principal objetivo del tratamiento conductual (¿o contextual?) es cambiar la forma de funcionamiento del paciente y facilitar la generalización de las mejoras a los demás contextos significativos del paciente.

No obstante, el tratamiento contextual también persigue otros dos objetivos, no menos importantes:

1. la estructuración de todas las actividades que se llevan a cabo en HD: sabemos que un buen funcionamiento del HD disminuye la frecuencia de conductas disruptivas; y,
2. la existencia de un protocolo consensuado sobre cómo gestionar estas crisis: disminuye la ansiedad y el estrés de los profesionales que están interviniendo cada día con estos pacientes.

Las estrategias conductuales implementadas en nuestro Hospital de Día en la actualidad son las siguientes:



- a) Normas y consecuencias muy claras, que están por escrito y colgadas en todas las salas y que se recuerdan verbalmente antes de comenzar cada sesión.
- b) Programa de economía de fichas: para incrementar conductas positivas y disminuir las negativas. Se ha materializado en una especie de carné que los niños llevan colgado al cuello con una cinta. En cada actividad el profesional responsable ha de puntuar cuatro categorías: respeto al material, respeto a los otros, autocontrol emocional y participación. Para cada niño se establece un número mínimo de puntos que ha de conseguir si quiere obtener un premio.
- c) Agendas visuales: son útiles para los pacientes con dificultades de organización y planificación, puesto que de un golpe de vista pueden ver las actividades que tienen destinadas a lo largo de la mañana. Es importante que después de finalizar cada actividad desenganchen el icono correspondiente y puedan ver cuál es la siguiente actividad y dónde va a tener lugar.
- d) Sala reconvertida en espacio para “tiempo fuera”.
- e) Estrategias específicas en el aula: jerarquía, planes de trabajo por escrito conjuntamente con el alumno, economía de fichas durante el trabajo en grupo, etc.
- f) Estilo comunicativo de los profesionales adecuado a las edades del paciente y al tipo de patología que presentan (alteraciones conductuales): evitar reñir e imponer normas, usar la descripción de conductas en vez de mandar, recordar normas y consecuencias en tercera persona y uso de elogios concretos.

## INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN UN HOSPITAL DE DÍA DE ADOLESCENTES

**JOAQUIM PUNTÍ VIDAL. Psicólogo clínico. Hospital de Día de Adolescentes de Salud Mental. Corporació Sanitària Parc Taulí (CSPT). Sabadell. Barcelona**

La historia de la hospitalización parcial en salud mental infanto-juvenil es relativamente reciente. En la actualidad, en nuestro país, y especialmente desde las dos últimas décadas, la hospitalización parcial en población adolescente es un recurso en continuo crecimiento, siendo una opción terapéutica cada vez más solicitada por los

clínicos, e indicada en distintos trastornos psicopatológicos.

En 1990, la National Association of Private Psychiatric Hospitals (NAPPH) y la American Association for Partial Hospitalization (AAPH) definieron la hospitalización parcial como un programa ambulatorio limitado temporalmente y diseñado específicamente para el diagnóstico o tratamiento intensivo y coordinado de un trastorno mental grave en un entorno terapéuticamente estable. Esto incluía, por una parte, aquellos pacientes en los que se consideraba beneficioso disminuir la duración de su estancia en la unidad de agudos (favoreciendo una transición progresiva a la atención ambulatoria), así como aquellos casos donde la atención ambulatoria no había conseguido el resultado esperado, pero donde se desaconsejaba una hospitalización completa.

Los modelos de hospitalización parcial en salud mental para adolescentes en nuestro país son relativamente variados. Éstos incluyen un abanico que abarca desde los hospitales de día surgidos de un enfoque de recurso comunitario que suple la escolaridad, con estancias medias relativamente largas, a otros con un enfoque más clínico-asistencial, que optimizando el tiempo de intervención, reintroducen al adolescente en la comunidad en un tiempo relativamente breve. Sin embargo, con independencia del modelo de hospitalización, existe un consenso general que la intervención con población adolescente, más aún por la etapa del desarrollo evolutivo de este grupo de edad, precisa de un abordaje integral y multidisciplinar, dirigido a los aspectos biológicos, psicológicos, educativos y sociales, comprometidos por la enfermedad mental.

El modelo de intervención multidisciplinar que aquí se presenta es el que se realiza en el Hospital de Día de Salud Mental para Adolescentes de la Corporació Sanitària Parc Taulí, de Sabadell, Barcelona. Este es un dispositivo asistencial con capacidad para 20 pacientes de edades comprendidas entre los 12 y 18 años, que constituye la unidad de referencia de hospitalización parcial para una población de 400.000 habitantes distribuidos entre los 14 municipios de su área de influencia. Está insertado dentro de un hospital general que cuenta con una unidad de agudos de salud mental para adolescentes, además de la atención ambulatoria especializada del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) y de los recursos equivalentes en salud mental para población adulta.

Es un hospital de día, con un enfoque de intervención eminentemente clínico-asistencial, a la vez que multidis-



6 ciplinar, integrado por los siguientes profesionales, con las competencias específicas que a cada uno le son de aplicación desde sus respectivos campos de conocimiento y según se recogen en el plan funcional. Éstos son: un psicólogo clínico a tiempo completo, que realiza las funciones de coordinador funcional de la unidad, siete psiquiatras a tiempo parcial, un diplomado en enfermería, un auxiliar de enfermería, un diplomado en terapia ocupacional, un profesor del Departamento de Educación (todos a tiempo completo) y un diplomado en trabajo social a tiempo parcial.

Las intervenciones propuestas y realizadas por parte del equipo multidisciplinar se centralizan en el Plan Terapéutico Individualizado (PTI) del que cada paciente dispone. El PTI, por un lado, permite la detección de problemas y necesidades, tanto las propiamente médico-psiquiátricas, como las psicológicas, las funcionales/relacionales, las familiares, las sociales y las académicas; así como, por otro lado, permite establecer los objetivos terapéuticos y las propuestas de actividades e intervenciones que son necesarias para dar respuesta a los problemas detectados en la evaluación inicial y para conseguir los objetivos planteados. Se establecen medidas de evaluación estandarizadas para esos objetivos terapéuticos. El PTI se realiza de manera multidisciplinar en el momento del ingreso del paciente y se revisa con una periodicidad semanal por parte de todo el equipo, para comprobar el nivel de cumplimiento de los objetivos planteados, para implementar las propuestas de mejora correspondientes a los mismos, o para proponer nuevos objetivos acordes con la evolución clínica actual del paciente. Es un proceso dinámico, interactivo e integral en la atención del paciente.

La hospitalización parcial como proceso implica una secuencia cronológica integrada por cinco momentos temporales: la propuesta-valoración de ingreso, el ingreso, la intervención clínica-asistencial (la respuesta clínica o terapéutica a los objetivos de ingreso), el alta y la derivación a otros dispositivos, bien de la red de salud mental, o bien externos a ésta. La historia clínica es el documento que recoge todas las intervenciones y valoraciones realizadas por los distintos profesionales a lo largo de este proceso.

En primer lugar se realiza la valoración de la propuesta de ingreso del paciente. El paciente es valorado psicopatológicamente por el psiquiatra y psicólogo clínico, quienes atendiendo a su estado psicopatológico, a sus necesidades clínicas y a los criterios de inclusión/exclusión protocolizados, deciden la conveniencia o

no de efectuar dicho ingreso.

En el momento del ingreso, el paciente y su familia son atendidos por el psicólogo coordinador y el enfermero de la unidad, quienes les informan de la normativa de funcionamiento del hospital de día (estructura y horario), dando también cumplimiento a la hoja de consentimiento informado. Este proceso, más allá de cumplir con los aspectos normativos, tiene especial importancia, pues permite al paciente y a su familia conocer las características específicas de la unidad, los profesionales que intervendrán, las actividades que se realizarán, los objetivos a conseguir, ajustar expectativas clínicas y los derechos y deberes del adolescente en la unidad.

La respuesta asistencial-clínica a los objetivos de ingreso es el proceso nuclear donde el equipo multidisciplinar desempeña sus atribuciones, tal y como se describen seguidamente:

- El psicólogo clínico, en funciones de coordinador, centraliza las intervenciones de todos los profesionales y es el responsable de gestionar los ingresos/altas del hospital de día, coordinándose con las unidades de procedencia y derivación. También son sus atribuciones: la realización de exploraciones psicométricas y la administración de instrumentos de evaluación clínica al ingreso y al alta como medida objetiva de cambio; las entrevistas clínicas regulares; la implementación del tratamiento psicoterapéutico según guías clínicas con soporte empírico; la propuesta y supervisión de grupos psicoeducativos protocolizados y específicos con participación del enfermero y/o de la terapeuta ocupacional; y la atención e información clínica a las familias en los días preestablecidos, conjuntamente con el psiquiatra.
- El psiquiatra cuenta entre sus funciones con la realización de la entrevista clínica y exploración psicopatológica regular del paciente, así como especialmente la prescripción y control del tratamiento farmacológico. También son de su responsabilidad: la solicitud de exploraciones médicas complementarias y de las interconsultas, así como la atención e información clínica a las familias en los días preestablecidos, conjuntamente con el psicólogo clínico.
- El enfermero, con ayuda del auxiliar, tiene asignadas las siguientes funciones: la realización de la acogida al ingreso (conjuntamente con el psicólogo clínico); la acogida diaria de los pacientes; la administración de la medicación prescrita; el registro regular de las constantes vitales, peso y talla; los



registros alimentarios, el control de la ingesta y la utilización del WC; proporcionar los cuidados de enfermería individualizados; gestionar las exploraciones médicas solicitadas por el psiquiatra; la extracción de analíticas urgentes y la programación de interconsultas u otras pruebas médicas; la participación y control de los grupos psicoeducativos y talleres; la atención a las familias de los pacientes en los cuidados de salud básicos; y la administración de la encuesta de satisfacción al alta, al paciente y a los padres.

- La terapeuta ocupacional, tiene asignadas las siguientes funciones: la valoración del nivel funcional de cada adolescente; la intervención directa para adquirir, recuperar o mejorar habilidades para el desempeño competente y autónomo de las actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales; la intervención directa para mejorar y reforzar las habilidades motoras, de procesamiento, de comunicación e interacción social; la valoración y adaptación del entorno para facilitar la realización de las ocupaciones; el entrenamiento en diferentes entornos para mejorar y adquirir habilidades de autonomía personal; la realización de registros y valoraciones de terapia ocupacional (TO); la elaboración del programa de TO; la organización de las actividades de TO; la coordinación con la trabajadora social para organizar las actividades en las que sea necesario la utilización de recursos comunitarios; el control y registro de las actividades realizadas (salidas culturales y en la comunidad); e impartir los diferentes talleres programados (manipulativos, de comunicación, de expresión corporal y de relación con el medio).
- El profesor tiene asignadas, en los pacientes que siguen actividad académica, las siguientes funciones: programar e impartir las enseñanzas curriculares de los pacientes, de mutuo acuerdo con el centro escolar; mantener un contacto regular con el equipo de asesoramiento psicopedagógico para la recogida de información académica del alumno; informar al tutor y al centro, periódicamente y en el momento del alta, del progreso académico del paciente durante su ingreso en el hospital de día; programar los objetivos, contenidos, actividades y evaluación de los aprendizajes curriculares de cada paciente; y llevar a cabo las clases de aprendizajes específicos establecidas en las programaciones individualizadas según el currículum académico y

en función del estado psicopatológico del paciente. Y, en pacientes mayores de 16 años que han abandonado el centro educativo, informarles de las posibilidades de formación profesional y de los programas de cualificación profesional inicial.

- La trabajadora social tiene asignadas las siguientes funciones: realización de la entrevista social inicial con el menor y con el responsable legal del mismo; la recogida de datos socio-familiares que permitan elaborar el diagnóstico social: detección de situaciones de riesgo social; orientar sobre las alternativas formativas, laborales y comunitarias del paciente; realizar las visitas domiciliarias para valorar e intervenir en la situación sociofamiliar cuando se precise; reforzar u organizar las funciones parentales, o bien ayudar a crearlas si estas no existiesen; informar y orientar sobre aspectos económicos, acceso a prestaciones, becas y otras ayudas; y coordinarse con otros recursos comunitarios en los casos que se precise (Bienestar Social y Familia, Dirección General de Atención a la Infancia, Dirección General de Justicia Juvenil, Servicios Sociales de Atención Primaria, centros cívicos y otras asociaciones, e instituciones).

Finalmente, realizada la intervención propuesta por el equipo multidisciplinar, procede dar de alta al paciente de la unidad de hospitalización parcial. El alta se puede indicar por la consecución de los objetivos terapéuticos planteados. En aquellos casos donde la evolución clínica ha sido desfavorable, también se puede indicar por refractariedad al tratamiento. En uno u otro caso, para asegurar la continuidad asistencial adecuada, se procederá a derivar al paciente al dispositivo asistencial que se considere más apropiado. En el informe clínico de alta constarán las distintas intervenciones realizadas desde todos los profesionales: médico-psiquiátrica, psicológica, funcional/relacional, familiar, social y académica, siendo a la vez que informativo para el paciente y su familia, una muestra del nivel de intervención multidisciplinar conseguido.

En la presentación se ejemplificará la intervención multidisciplinar a partir del PTI un adolescente ingresado en la unidad.

## BIBLIOGRAFÍA

- National Association of Private Psychiatric Hospitals (U.S.). Definition of partial hospitalization. The National Association of Private Psychiatric Hospitals and the American Association for Partial Hospitalization. The Psychiatric Hospital 1990; 21: 89-90.



## 2 HIPOCRESÍA SOCIAL O COMO PROTEGER A MENORES CON PSICOPATOLOGÍAS

**JAVIER URRA. Doctor en Psicología. Profesor de la  
Universidad Complutense de Madrid.**

Abordaré el tema de la difícil distinción entre la enfermedad que desresponsabiliza y las conductas perjudiciales para los demás o para uno mismo de etiología voluntaria adscrita a fallas en la educación y asunción de responsabilidad. Asimismo trazaré el puente bidireccional entre protección y reforma. Incidiré en esa costumbre de "asustarse de la sombra y agarrarse al bulto" o lo que es igual, querer privar de libertad a los jóvenes para que se integren socialmente. Me interrogaré sobre las responsabilidades de los políticos que derivan a organizaciones denominadas sin ánimo de lucro. Me cuestionaré sobre la formación e ingresos de los profesionales que trabajan en algunos centros. Plantearé dudas relativas a la existencia de centros que realmente sean terapéuticos. En conclusión y como psicólogo forense con 30 años de experiencia, como psicólogo que lo fui del Centro Piloto Nacional de Reforma de Cuenca, como Inspector de Centros mandatado por la Fiscalía del Tribunal Superior de Justicia de Madrid y del Ministerio de Justicia, y como Primer Defensor del Menor, buscaré iluminar las muchas sombras que en este área existen. Un mundo oculto y que sólo recibe el flash de las cámaras cuando un suceso terrible acontece.

## PSICOPATOLOGÍA EN MENO- RES DE CENTROS TERAPÉUTICOS: DATOS CLÍNI- COS Y EPIDEMIOLÓGICOS

**ANA FIGUEROA. Psiquiatra. Centro Terapéutico  
"Doramas" (Fundación Internacional O'Belen)**

En España hay aproximadamente 35.000-40.000 niños y adolescentes en centros de acogida. Por diversos motivos, las diferentes comunidades autónomas han asumido la función de guarda y custodia de estos menores, según la ley de Protección del Menor (1/1996), hasta su mayoría de edad o, cuando es posible, hasta que regresan a una familia (sus padres, su familia extensa o familias adoptivas).

Estos centros dependen directamente de las Consejerías de Bienestar Social (es decir, de la administración pública), bien porque están integrados en la red de centros públicos, o bien a través del concierto de plazas. En España hay varias entidades que gestionan y organizan centros de menores: Fundación Internacional O'Belen, Aldeas Infantiles, Nuevo Futuro, Salud Mental Consulting, Fundación Resilis, Diagrama, Grupo Norte, Mensajeros de la Paz, Arcos del Castillo, Meridianos, Dianova, etc.

Hay diferentes tipos de centros de menores (según la comunidad autónoma reciben distintos nombres): centros de primera acogida, centros residenciales de corta, media o larga estancia, centros residenciales, hogares, pisos tutelados, centro de cumplimiento de medidas judiciales, pisos de emancipación, etc. Cada uno de ellos tiene una función y un perfil de usuario diferentes. Los centros especializados o terapéuticos forman parte de la red de recursos residenciales (los chavales viven ahí) y se especializan en menores con graves problemas de conducta (criterio indispensable de ingreso), por lo que precisan de una atención multidisciplinar intensa y urgente. En ocasiones los propios padres (o el adulto con la guarda del niño) renuncian a su guarda y custodia porque la agresividad y violencia del niño llega a poner en peligro la integridad física de padres y hermanos.

La gran mayoría de los menores ingresados en los centros especializados de FIOB son varones entre 12 y 18 años que presentan problemas de comportamiento de varios años de evolución. Durante estos años, a pesar de recibir atención desde su colegio/IES, Servicios Sociales y Salud Mental, su cuadro clínico ha ido empeorando progresivamente, hasta repercutir marcadamente en su rendimiento académico y en sus relaciones familiares y sociales (los comportamientos desafiantes y disociales llegan a hacerse inmanejables en su familia o en su centro residencial de origen).

Muchos de estos adolescentes tienen un diagnóstico de Trastorno Negativista Desafiante o Trastorno de Conducta. Muchos también tienen Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, algún tipo de Trastorno del humor (Trastorno depresivo o bipolar), o un Trastorno de Ansiedad (incluido el Trastorno por estrés posttraumático). Además, muchos presentan uso de sustancias (consumo perjudicial, abuso o dependencia) tales como nicotina, alcohol, cannabis, benzodiazepinas (fundamentalmente), cocaína y alucinógenos, entre otros. Asimismo, algunos presentan trastornos psicóticos (Esquizofrenia, Trastorno esquizoafectivo) o signos incipientes de trastornos de personalidad (como límite o narcisista).



Muchos de estos adolescentes tienen un cociente intelectual (CI) normal o normal bajo. Pese a esto, la mayoría presentan fracaso escolar (varios cursos repetidos, utilización de Adaptación Curricular, paso a estudios de menor exigencia) o abandono de estudios, y una deficiente capacidad de expresión verbal y escrita. Pocos presentan un CI bajo o Retraso mental leve.

La mayoría de los adolescentes no presentan enfermedades físicas significativas, aunque en ocasiones ingresan adolescentes con enfermedades graves como diabetes.

La mayoría de niños vienen de familias desestructuradas o monoparentales, y sus padres sufren algún tipo de psicopatología, con frecuencia grave. La mayoría tienen un estatus socioeconómico bajo o medio-bajo; De ahí la necesidad de la intervención del Trabajador Social.

La mayoría de niños han sufrido abuso (sexual, físico o psíquico) o negligencia en casa o en la calle. Según el tipo de centro, algunos menores ingresados cumplen medidas legales (de tratamiento ambulatorio o de internamiento, o de libertad vigilada). Muchos mantienen repetidas relaciones sexuales de riesgo.

Al ingreso todos los menores tienen un CGI-S (Clinical Global Impression-Severity) de al menos 5 (marcado) o un GAF (global assessment of functioning) de menos de 45 (impacto marcado).

Entre los objetivos terapéuticos en los centros especializados destaca la contención de los comportamientos desafiantes y disociales (peleas, fugas, insultos, agresividad verbal y física), tanto dentro como fuera del centro. Sin embargo, también se persigue: estabilizar el humor, estimular el rendimiento cognitivo, proporcionar una orientación pre-laboral y vocacional, corregir el funcionamiento familiar, entrenar al menor en habilidades sociales, en la tolerancia a la frustración y en técnicas de resolución de conflictos, fomentar su autonomía, facilitar la integración en el centro y en la comunidad, y mejorar la salud física. Estas labores son realizadas por los educadores. Los chavales participan en talleres terapéuticos, que reproducen las áreas de trabajo y tiempo libre que se dan normalmente en la "vida real". Debido al tipo de población atendida, el equipo técnico y clínico puede tolerar e ignorar las formas leves de agresividad verbal y física (gritos, pequeños golpes, faltas de respeto, comentarios inapropiados). Sin embargo, ante la aparición de comportamientos inadecuados significativos, los educadores realizan una contención verbal (en vez de optar por castigos o abandono, que es a lo que están acostumbrados los chicos). Cuando dicho comportamiento es grave (por ejemplo, agresión física a otro menor o hacia un educa-

dor) puede ser necesaria la contención física puntual (durante unos minutos), con el fin de evitar el daño de otras personas en el centro. Posteriormente, cuando el menor ha pasado la fase de agitación, los educadores le ayudan a utilizar esta situación como una oportunidad para aprender técnicas de afrontamiento más adaptadas. Asimismo, los educadores tienden elogiar a los chavales cuando no se dan este tipo de comportamientos (algo a lo que tampoco están acostumbrados). En todo momento se valora la comunicación asertiva como herramienta fundamental para las relaciones sociales.

Los psicólogos clínicos y el psiquiatra infantil realizan psicoterapia individual, de grupo, así como familiar en los casos en los que sea conveniente o posible. La intervención clínica va encaminada a evitar la sensación de rechazo (lo que han vivido generalmente) y al entrenamiento (del menor y de su familia) para controlar las situaciones de conflicto y mejorar su funcionamiento global.

Además muchos de estos adolescentes reciben tratamiento farmacológico, según su diagnóstico psiquiátrico primario y la comorbilidad. Los fármacos que reciben fundamentalmente son antipsicóticos y estabilizadores del humor. Algunos también se benefician de fármacos para el TDAH (estimulantes y atomoxetina), benzodiazepinas y antidepresivos. En ocasiones los chicos presentan una descompensación aguda de su cuadro psicopatológico, y requieren tratamiento en una unidad de hospitalización psiquiátrica.

Según el tipo de centro, la estancia media es de entre 12 y 18 meses. Tras superar los objetivos educativos y clínicos de las fases de adaptación, integración y autonomía, se les da de alta. El alta se programa con antelación, asegurando a qué centro va a trasladarse, o la idoneidad de la familia. En el momento del alta es necesario contar con un programa ambulatorio específico de seguimiento que incluya: tratamiento en su unidad de salud mental infanto-juvenil y en Servicios Sociales, con el fin de asegurar la continuidad del tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico, así como actividades de inserción social, académica y ocupacional.

Uno de los problemas para el buen funcionamiento de estos centros es el retraso histórico en la creación y el desarrollo de la Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil en España. Este retraso se traduce en una falta de psiquiatras y psicólogos formados en la psicopatología de niños y adolescentes, así como una falta de recursos asistenciales.

Además, el hecho de que la escolaridad sea obligato-





4 ria hasta los 16 años, ha forzado a los profesores a desarrollar intervenciones fundamentalmente (y muchas veces exclusivamente) pedagógicas y educativas. En todos los casos presentados, estas medidas, aunque acertadas, han resultado insuficientes, ya que muchos de estos niños presentan trastornos psiquiátricos que necesitan también intervención clínica.

Debido al ingente (y creciente) número de niños y adolescentes con problemas graves de comportamiento en régimen de protección, desde Bienestar Social se han creado centros de internamiento. Estos centros están concebidos como recursos socio-educativos, no socio-sanitarios, y generalmente es deficitaria la coordinación entre Bienestar Social, Educación, Salud Mental, y el Sistema Judicial. Además comienza a haber una saturación de la red de centros y un importante deterioro de la convivencia en los mismos.

Es necesario crear dispositivos de internamiento socio-educativo-sanitarios, con la participación conjunta de Sanidad, Bienestar Social y Educación, y en coordinación con el Sistema Judicial de Menores.

Además, es preciso fomentar la prevención primaria (promoción de la salud física y mental) y la prevención secundaria (detección y atención precoz de las enfermedades, y de las situaciones de riesgo psicosocial) de las enfermedades mentales en niños y adolescentes.

## LA NECESARIA COORDINACIÓN ENTRE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL Y LOS CENTROS TERAPÉUTICOS: LUCES Y SOMBRAS

**P. RODRÍGUEZ RAMOS, A. ORTIZ VILLALOBOS.**  
Psiquiatras. Salud Mental Infanto-Juvenil de Tetuán (Madrid)

*Somos enanos subidos a hombros de gigantes,  
por eso podemos ver más lejos que ellos.*  
Bernardo de Chartres (siglo XII)

Hace ya 102 años que August Aichhorn comenzó a tomar conciencia de que el tratamiento integral de estos menores requería fundamentalmente, y más allá de los tratamientos psicoterapéuticos, proporcionar a los “reeducadores” tanto una capacitación muy específica, como

la información biográfica sobre los menores que les permitiera comprender mejor sus conductas alteradas. El objetivo de su trabajo cotidiano con los menores era doble: a) establecer una relación paulatina de confianza mediante la empatía, y b) proporcionarles respuestas a sus comportamientos conflictivos que fueran diferentes a las que habían venido recibiendo.

Otra condición indispensable para Aichhorn<sup>1</sup>, recogida en *Infancia desamparada* (1925), era mantener la estabilidad de los educadores en la vida institucional de estos menores. Por entonces no se hablaba del vínculo, pero él ya insistía en la necesidad de que los menores contaran con esa permanencia en la relación reeducadora.

Así mismo refiere la necesidad de discutir con los educadores sus propias respuestas emocionales ante los conflictos, los problemas concretos de su trabajo con los menores, y cómo ayudarles a diseñar tácticas adecuadas para cada situación y cada menor.

Adquisición de maestría, información, estabilidad, y asesoramiento regular, son las premisas que marcó Aichhorn y que, a nuestro juicio, todavía hoy son los mejores indicadores de excelencia en la dotación requerida por el personal educador; siendo estos los elementos que han de perseguir y evaluar regularmente las instituciones responsables del bienestar de los menores protegidos. Porque el objetivo protector de la administración pública debe ser invertir, de negativa a positiva, la discriminación que han venido sufriendo, para así intentar reparar las consecuencias de su victimización crónica. Y a ello también están obligados a contribuir los servicios de salud mental.

Únicamente son tres los elementos activos imprescindibles para el funcionamiento eficaz en los centros de tratamiento residencial:

- 1) los menores,
- 2) las educadoras y los educadores, y
- 3) la organización terapéutico-educadora del centro.

Ningún “otro elemento” activo es fundamental; porque individualmente son prescindibles aunque convenientes. Su labor conjunta sí es muy necesaria para organizar (3) de la mejor forma posible que permita a (2) la práctica de la terapia institucional que requiere (1). Todavía mejor cuando se haya organizado un control fiable de calidad del proceso.

Los “otros elementos” son las familias de los menores, las instituciones públicas y privadas responsables de los centros, los técnicos de Salud Mental, los equipos de apoyo de educación, municipales y sanitarios, y los equipos directivos y administrativos de los centros.



Si esta perspectiva es correcta, como parecen confirmar diversos estudios y revisiones<sup>2,3,4,6</sup>, y considerando cubiertos los aspectos materiales y de personal, es necesario organizar el funcionamiento terapéutico-educador del centro conociendo: a) las características de los menores, y b) las capacidades y las necesidades al respecto de los educadores.

El presente estudio está enfocado al segundo aspecto: tratar de conocer la perspectiva que tiene el personal educador sobre los menores con los que trabaja y sus condiciones técnicas para desarrollarlo; además de recoger información sobre las soluciones aportadas por las distintas comunidades autónomas.

Para ello que se ha realizado una encuesta entre psiquiatras que aporte datos de cada comunidad sobre:

- 1) el grado de desarrollo de programas comunes dedicados a la atención de los menores y el apoyo de los educadores,
- 2) las variaciones en su aplicación desde el ámbito de salud mental,
- 3) las carencias detectadas, y
- 4) qué propuestas de mejora sugieren.

De forma complementaria a la encuesta de psiquiatras, se viene realizando otra de educadores de distintos centros residenciales, regulares unos y específicos para trastornos psíquicos otros. Se ha tratado de recoger datos directos sobre sus impresiones respecto a:

- a) los Menores protegidos sobre los que debe desarrollar su actividad terapéutico-educadora,
- b) sus propias capacidades y recursos individuales para llevar a cabo su trabajo,
- c) la perspectiva que tiene de su grupo profesional y de sus recursos generales, y
- d) las medidas de apoyo y formación continuada que perciben más adecuadas y útiles para su trabajo.

Tras revisar algunos estudios relacionados con estas cuestiones se exponen los resultados de las encuestas, las controversias derivadas de ellas, y propuestas para la discusión sobre medidas que mejoren tanto la coordinación como la eficacia de este tipo de actuaciones reparadoras.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aichhorn A. Verwarhloste Jugend; 1925.
2. Bai Y, Wells R, Hillemeier MM. Coordination between child welfare agencies and mental health service providers, children's service use, and outcomes. *Child Abuse Negl* 2009; 33 (6): 372-81.
3. Burns BJ, Phillips SD, Wagner HR, Barth RP, Kolko DJ, Campbell Y, Landsverk J. Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: a national survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43 (8): 960-70.

4. Hatfield B, Harrington R, Mohamad H. Staff looking after children in local authority residential units: the interface with child mental health professionals. *Journal of Adolescence* 1996; 19: 127-139
5. Nolin P, Ethier L. Using neuropsychological profiles to classify neglected children with or without physical abuse. *Child Abuse Negl* 2007; 31 (6): 631-43.
6. Rushton A, Minnis H. Residential and Foster Family Care. En: Michael Rutter, Eric A. Taylor, Dorothy Bishop, Steven Scott, Anita Thapar. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 5th ed. Wiley, John & Sons, Incorporated; 2008.

## PSICOPATOLOGÍA Y ADOLESCENCIA EN UN CENTRO TERAPÉUTICO DE REFORMA: PERFIL DE USUARIOS Y MODELO DE INTERVENCIÓN

**RICARDO FANDIÑO PASCUAL (Psicólogo Clínico y Psicoterapeuta)**

El Centro de Atención Específica Montefiz, donde trabajo desde su apertura, lleva en funcionamiento desde Junio de 2001, como centro propio de la Xunta de Galicia, actualmente dentro de los recursos de la Consellería de Traballo e Asuntos Sociais, y siendo gestionado a lo largo de estos nueve años de historia por la Fundación Internacional O'Belén. El interés de un recurso de estas características está en el tipo de usuarios a los que está destinado, ya que por ser un centro de reforma de menores, acogerá a jóvenes que han cometido algún tipo de delito, pero al tratarse de un dispositivo específico de intervención terapéutica, serán derivados al mismo adolescentes con psicopatología. La conjunción de ambas características y la creciente problemática de la adolescencia con conductas disruptivas, hacen de un recurso de este tipo un mirador privilegiado sobre la actualidad de la psicopatología infanto-juvenil.

Por todo ello, el Colexio Oficial de Psicólogos de Galicia, nos concedió a mi colega Raquel Gude Saiñas y a mi mismo, la Beca Siota de investigación, para profundizar en el estudio del perfil de usuarios de un Centro Terapéutico para menores de Reforma. Este trabajo fue presentado a finales de 2008 bajo el título "Adolescentes en el Límite: entre la Psicopatología y la Delincuencia".



**6** Este estudio se realizó con el apoyo teórico y clínico del Instituto Wilhelm Reich. Algunas de las conclusiones de esta breve presentación están basadas en él.

En lo que llevamos de año 2010 han pasado por Montefiz 18 menores internados. Un 78% de ellos son varones. Su edad media está ligeramente por encima de los 16 años. Un 90% nunca habían estado antes ingresados en un Centro de Reforma. Su primer contacto con los servicios de Salud Mental se produce de media a los 12,4 años. Hasta un 44% de ellos han tenido al menos un ingreso en una Unidad de Agudos de Salud Mental previamente al ingreso en Montefiz. Un 28% presentan en su historial al menos un gesto autolítico. El 67% han ingresado en el centro por un delito de maltrato habitual en el ámbito familiar. Un 50% provienen de familias nucleares. Pasarán ingresados en Montefiz una media de 12 meses siempre según la duración determinada por medida judicial, que es la que señala el ingreso y la fecha de finalización del internamiento. El diagnóstico más frecuente que nos encontramos, hasta en un 44% de los casos, se encuentra en la esfera de los Trastornos de la Personalidad. Hasta un 22% de los menores ingresados presenta algún Trastorno Psicótico. El nivel socio económico de estos jóvenes y sus familias es medio.

Esta es la foto fija de la actualidad del usuario de nuestro centro. Ingresan con una medida judicial como menores, pero con un perfil psicopatológico muy definido. Son jóvenes que necesitan de una intervención clínica. La mayoría de ellos abandonarán el centro siendo aún menores de edad, y retornarán a sus domicilios familiares, lugar donde se ha producido con mayor frecuencia el delito que los ha llevado a ser internados.

En general, la tendencia en el perfil de los menores ingresados a lo largo de estos años es hacia una disminución en la edad, procedencia de familias adaptadas socialmente, primer internamiento, como motivo de un delito cometido dentro del mismo ámbito familiar, y usuarios de los servicios de salud mental desde edades también cada vez más tempranas.

Como se puede ver, nos encontramos ante una institución compleja, en la intersección entre la clínica infantojuvenil y el sistema penal de menores. Desde ella intentamos abordar una problemática en la que deberemos tener en cuenta la realidad clínica, judicial, familiar, académica y social del menor. El modelo de intervención se corresponderá por lo tanto con la complejidad de la institución. Un equipo multidisciplinar, que trabaja con adolescentes de estas características dando atención 24 horas al día durante los 365 días del año, necesariamente pre-

cisa de un sistema de comunicación y coordinación efectivo.

Dentro del equipo clínico del centro, que compartimos un psiquiatra y dos psicólogos, nos hacemos cargo de dos objetivos de trabajo fundamentales:

1. Por una parte, la atención clínica del adolescente en cuanto a su psicopatología, a través de la valoración e intervención farmacoterapéutica y psicoterapéutica indicada. Asimismo, damos cobertura al seguimiento y apoyo de las familias de los menores.
2. Por otra parte, nos planteamos como objetivo que la institución realice una función terapéutica a través de todos y cada uno de los profesionales que trabajan en la misma en la medida de lo posible. Así, son funciones y responsabilidades propias del equipo clínico las coordinaciones clínicas de equipo multidisciplinar, la supervisión del trabajo de los educadores que realizan funciones de acompañamiento terapéutico, la elaboración de pautas clínico-educativas individualizadas para cada adolescente, la formación continua de todo el personal en aspectos ligados a la psicopatología infantojuvenil y su abordaje, y otras actividades destinadas a generar espacios de expresión y comunicación en los que se puedan contener y elaborar las dificultades que sufre el equipo de trabajo derivadas del carácter terapéutico de la institución.

El adolescente con psicopatología se caracteriza, en un primer acercamiento, por una mayor prevalencia de problemática comportamental respecto del “adolescente normal”. Sin embargo, de los datos derivados de nuestro trabajo en el centro se podría concluir que la problemática de la psicopatología en los adolescentes con los que trabajamos está centrada en el desarrollo de la identidad. Estaríamos hablando de una problematización del “ser” además de una problematización del “hacer”. Este cambio de perspectiva tendrá fuertes implicaciones a la hora de definir cuál es el tratamiento y con qué objetivo formulamos el mismo. Si centramos nuestra mirada únicamente en la problemática del comportamiento, se trataría entonces de un aprendizaje de las estrategias de control de las conductas adecuadas al contexto. Si tenemos una visión más amplia del problema, en la que el desarrollo de la personalidad está en juego, el tratamiento de menores con estas características deberá incluir el abordaje de la problemática evolutiva, afectiva y vincular, además de la comportamental del joven en cuestión.

Se puede observar en los adolescentes usuarios de un



Centro Terapéutico de Menores de Reforma como Montefiz, una conjunción de síntomas en los que la conducta delictiva se combina con otros: abuso de sustancias, trastornos alimentarios, conductas autolíticas, inestabilidad emocional, delirios, etc, dependiendo de la configuración psicopatológica.

Observamos con atención cómo la conducta delictiva de los adolescentes con psicopatología es, con frecuencia, un modo de tomar conciencia de la presencia de límites externos al propio sujeto, como forma de compensar un self borroso que ante la ausencia de dichos límites tiene una reacción agorafóbica que remite a la propia locura. El delito podría ser entendido entonces como un paso al acto en la resolución de la propia problemática utilizando al ambiente como regulador de la tensión interna.

Para el adolescente con una personalidad de rasgos patológicos el delito pone a prueba su omnipotencia. Así, es habitual detectar en ellos el sentimiento de que nunca van a ser descubiertos en su transgresión. La irracionalidad con la que estos jóvenes defienden en ocasiones sus ideas, tiene una inmutabilidad que hace recordar un sistema delirante, aunque aparentemente no exista una distorsión de la realidad derivada de una psicosis. Se podría afirmar que existe un fracaso del pensamiento con el resultado de una tendencia a la expresión del conflicto a través de actuaciones comportamentales. El comportamiento sin ese efecto catalizador del pensamiento tenderá al extremo y a la violencia. De hecho, se pueden objetivar con frecuencia significativas dificultades a nivel cognitivo en el perfil psicopatológico de estos menores.

A través del acto delictivo, el adolescente con personalidad de rasgos patológicos pone de manifiesto la quiebra existente entre el mundo interno y el mundo externo, que da paso a una confusión que el adolescente espera que el mundo solucione por él. Estos adolescentes ponen en juego intereses yoicos en el comportamiento inadaptado, yendo más allá de la búsqueda de una satisfacción pulsional.

En la actualidad, el comportamiento violento al interior de la dinámica familia se está convirtiendo en un problema cada vez más serio. La violencia intrafamiliar tiene graves repercusiones en la salud mental del niño y el adolescente. No dejamos de preocuparnos al comprobar cómo un significativo número de los menores usuarios del centro han sufrido conflictos al interior de la familia, entre ellos: abuso físico, psicológico y sexual, de inicio en la primera infancia. Por otra parte el incremento del “maltrato habitual en el ámbito familiar” como delito,

cometido por los hijos contra sus padres, no ha parado de crecer durante los últimos años.

Estamos viviendo un cambio a nivel social y familiar, pasando de las familias tradicionales a las familias posibles. La magnitud de cambios sucedidos en el contexto familiar, genera nuevas dinámicas en la vida familiar, en los roles, en las expectativas, etc, y en la aparición de nuevos modelos y vínculos familiares. Acompañando a los cambios sociales que se vienen dando en la configuración y funcionalidad de las familias, las figuras parentales están más difusas; su presencia en la vida del niño es menor, y la crisis edípica se diluye, quedando pendiente para la adolescencia en la que, en lugar de darse una reactualización del conflicto edípico, se produce una auténtica explosión edípica que se sintomatiza en la sistemática y aguda problematización de la relación entre el joven y la norma, la familia, y la sociedad en general. En este contexto las familias pueden encontrarse con menos recursos para contener el conflicto adolescente. La indefinición de los roles parentales, favorecidos en ocasiones por la ausencia, dispersión, inconsistencia o confusión de las figuras que los desarrollan, pueden contribuir de forma significativa a que la transición entre la infancia y la vida adulta resulte un proceso marcado por la desorientación.

En relación a los jóvenes usuarios del centro, se evidencian disfunciones en el seno familiar, tanto en el tipo de relación entre los miembros como por la existencia de conflictos al interior del núcleo familiar. Estaríamos hablando no de familias deprivadoras por marginales, sino de familias deprivadoras por disfuncionales.

Por lo tanto, desde una visión clínica, consideramos que la problemática que se debería atender desde un Centro Terapéutico, no sería únicamente la psicopatología propia del joven, sino integrar a todas aquellas figuras que forman la dinámica familiar (figuras parentales, de apoyo...) dándoles la importancia que les corresponde, a través de la implicación en la mejora de la psicopatología que presenta el joven. Es una cuestión de difícil abordaje si tenemos en cuenta que trabajamos en un centro de reforma donde los jóvenes son ingresados por la comisión de un delito.

Los casos de delitos de violencia intra-familiar (menores que agreden a sus padres), tienen especiales dificultades, ya que deberemos tener en cuenta que se trata de menores que mayoritariamente volverán al domicilio familiar cuando finalice la medida judicial, lugar donde se reeditará el escenario y personajes de la quiebra que derivó en su internamiento.



8 Cuando los jóvenes llegan a la mayoría de edad, la situación es también muy compleja. Se trata de jóvenes legalmente emancipados de sus familias pero emocionalmente muy dependientes. Las instituciones de protección de menores no tienen ya competencia sobre ellos, y las de salud mental intervienen, en el mejor de los casos, sobre la problemática psicopatológica, sin poder dar solución a cuestiones básicas como el sustento y la vivienda. Estos jóvenes quedan frecuentemente en manos de una familia desbordada por la problemática, obligados a una convivencia siempre en amenaza de ruptura. En ocasiones la familia se niega a hacerse cargo de estos adolescentes mayores de edad, quedando estos, a pesar de ser evidentemente inmaduros, al cargo de su propia vida, con apoyos de los servicios sociales que resultan insuficientes de forma manifiesta. Con frecuencia están abocados de forma temprana a la delincuencia, al vagabundeo y a la locura. Para ellos la verdadera condena comienza, paradójicamente, cuando la medida judicial termina.

Existe en estas tipologías de menores una importante tendencia a la presencia de problemáticas relacionadas con los límites; su existencia, las consecuencias de la transgresión, las dificultades para su integración, la evolución de la heteronomía a la autonomía, etc. Esta problemática trae consigo en la práctica la necesidad de que la estructura del Centro Terapéutico para Menores de Reforma disponga de los medios necesarios no sólo para tolerar la externalización en la conducta del conflicto del menor, sino también para una resolución del mismo que tenga que ver con la asunción del límite.

Desde una perspectiva moderna de la función terapéutica institucional, el desarrollo del sujeto no se da únicamente de dentro hacia fuera, en un espacio intrasubjetivo, sino que “el otro”, y el espacio intersubjetivo que se desenvuelve entre ambos, resultan determinantes para que se abran posibilidades de una evolución personal en positivo. En ocasiones la proyección que los menores hacen de su problemática sobre el personal del centro es tan masiva que de no estar suficientemente preparados individual y grupalmente se verán colapsados en su capacidad de pensar y elaborar, tendiendo a actuar los mecanismos de defensa relacionados con la paranoia y el control. En la evolución de los menores respecto a su problemática psicopatológica y de delincuencia jugará un papel importante la relación establecida con los profesionales que con él trabajan. Los centros de estas características, que acogen en medidas de reforma, adolescentes con graves psicopatologías, necesitan de personal altamente cualificado y motivado, con un perfil del cuadro de personal, multidisciplinar, y con acceso a procesos for-

mativos y de desarrollo personal continuos, individuales y de grupo.

La experiencia a lo largo de estos años nos ha revelado la dificultad de dar respuesta a demandas, no siempre congruentes, de adolescentes, familias y administraciones, en unas problemáticas que se manifiestan complejas, crecientes y con cada vez mayor impacto mediático y social. Los resultados, como muchas veces sucede en el ámbito de la psicopatología infanto-juvenil, son difíciles de evaluar. Actualmente trabajamos en la elaboración de herramientas que nos permitan un mejor seguimiento post-desinternamiento de los menores usuarios del recurso. En una primera aproximación, y como era de esperar dados los antecedentes, observamos que el nivel de reincidencia en cuanto a medidas penales será bajo; sin embargo, la continuidad de nuestros menores como usuarios de los servicios de salud mental será alto. Cuando hemos hecho bien nuestro trabajo el internamiento servirá como punto de inflexión en una problemática que aparecía desbordante para el adolescente y su familia, se habrá realizado una buena valoración, promovido una más adecuada conciencia de problema, y tal vez hayamos conseguido la suficiente adherencia a un tratamiento que otros profesionales continuarán más allá de la medida judicial.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Basanta J.L. Intervención psicopedagógica en menores. Ed. Xunta de Galicia; 2000.
2. Bergeret J. Las a-estructuraciones. La personalidad normal y patológica. Barcelona: Editorial Gedisa; 1980.
3. Blos P. La Transición Adolescente. Buenos Aires: Editorial Amorrortu; 2003.
4. Diatkine G. Las transformaciones de la psicopatía. Madrid: Editorial Tecnipublicaciones S.A; 1986.
5. Freud S. La dinámica de la transferencia (1912) y Recuerdo, repetición y elaboración (1914). Obras Completas, Buenos Aires: Amorrortu, Vol XII; 1980.
6. Kernberg P. y otros. Trastornos de Personalidad en niños y adolescentes. México: Editorial Manual Moderno; 2002.
7. Millon T. Más allá del DSM-IV: Trastornos de la Personalidad. Barcelona: Editorial Masson; 2000.
8. Pedreira J.L. Dispositivos intermedios en el diseño terapéutico: hospitales de día y su orientación psicoterapéutica. <http://www.psicologia.com>.
9. Reich W. Análisis del Carácter. Barcelona: Editorial Anagrama; 1973.
10. Reich W. La lucha sexual de los jóvenes. México D.F: Editorial Roca S.A; 1974.
11. Utrilla M. ¿Son posibles las terapias en las instituciones? Estudio situacional. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva; 1998.
12. Winnicott, D.H. Deprivación y delincuencia. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2005.



## PSICOPATOLOGÍA DE LA PRE-DELINCUENCIA Y LA DELINCUENCIA

**M<sup>a</sup> CARMEN BALLESTEROS ALCALDE, CARLOS IMAZ RONCERO, SORAYA GEIJO URIBE. Psiquiatras Infanto-Juveniles. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.**

Los problemas de comportamiento son el motivo de consulta más frecuente en Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia. Dichos problemas, con frecuencia, pueden iniciarse en la infancia, asociados en ocasiones a Trastorno negativista desafiante, o en la adolescencia, siendo estos de mejor pronóstico. Los de inicio en la infancia evolucionan frecuentemente a Trastornos disociales y, posteriormente, abocan a Trastornos de personalidad antisocial, con los subsiguientes riesgos de delincuencia. Presentan comorbilidad con otros trastornos (bien porque subyace una causa común, bien porque unos son causa de otros) como el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, los Trastornos generalizados del desarrollo, Trastornos afectivos, etc.

La predelincuencia y la delincuencia pueden estar relacionadas, o causadas, con estos trastornos psicopatológicos únicamente o, como es más probable, plurideterminada por otros factores: familiares de manera importante, escolares, sociales, culturales, etc. La diferenciación entre ambas y el conocimiento de su etiopatogenia, si fuera posible, permitiría establecer un pronóstico y favorecer así su prevención y tratamiento, actuando sobre las causas.

Los problemas de comportamiento suelen aparecer inicialmente en el ámbito familiar trascendiendo posteriormente al medio escolar. Son atendidos por psiquiatras o psicólogos, con la colaboración, cuando es posible, por el equipo psicopedagógico escolar, así como los trabajadores sociales. En ocasiones, por la problemática socio-familiar que les causa, acompaña o exacerba, también se precisa de la intervención de los Servicios de Protección de Menores. Sin embargo, y pese a las medidas adoptadas, a veces evolucionan a conductas delictivas, en cuyo caso se inicia la intervención judicial con la apertura de expediente de Reforma.

El objetivo de este estudio es describir los problemas psicopatológicos en dos poblaciones: una, derivada de la colaboración con el Sistema educativo; y otra, de los menores atendidos en el único Centro de Menores para el

1  
cumplimiento de medidas judiciales en régimen cerrado de nuestra Comunidad Autónoma de Castilla y León (CM Zambrana), y que también tiene una parte de menores con medidas de Protección pero que no se adapta a los Centros de Menores de carácter abierto.

La primera población fue atendida conjuntamente por Psiquiatras Infanto-juveniles y Equipos especializados en la asistencia de problemas de conducta en el ámbito escolar de la provincia de Valladolid durante el curso 1999-2000. Dicha intervención es solicitada por los padres y/o centro escolar. La población total está formada por 132 menores (17 mujeres, 13%; 115 varones, 87%). Desde dicha intervención hasta la actualidad 36 casos han tenido abierto expediente de Protección, y en 13 casos expediente de Reforma, yodo ello en la Comunidad de Castilla y León (en un caso más había información de estar implicado en un delito grave en Portugal).

La segunda población corresponde a la que ha sido atendida en CM Zambrana, entre Abril y Octubre de 2008, entrevistados por un psiquiatra infanto-juvenil mediante la entrevista semiestructurada K-SADS, siendo 66 (15 mujeres, 23%; 51 varones, 77%) de un total de 128 sujetos que ingresaron en ese periodo (23 mujeres, 18%; 105 varones, 82%). Se excluyeron algunos casos por incumplir criterios de inclusión, que se referirán en la ponencia (n=44), y por pérdidas ajenas a la investigación (n=17), siendo la negativa a participar mínima (n=2).

Se observa una prevalencia de punto de trastornos mentales de 77% (n=51), siendo la prevalencia de vida 92% (n=61). Los trastornos más frecuentes como "diagnóstico principal" son los Trastornos de conducta (n=17, 26%; de inicio adolescente n=11 y de inicio infantil n=6), Trastornos adaptativos (n=13; 20%), y Trastornos relacionados con abuso y dependencia sustancias (n=10; 15%), aunque si hablamos de "presencia de algún trastorno" el porcentaje se eleva a un 65% (n=43), siendo el cannabis la sustancia más prevalente (n=41; 62%). Le siguen en frecuencia los diagnósticos de: TDAH (n=9; 14%), cuadros de ansiedad (n=5; 8%), cuadros depresivos (n=5; 8%), y Trastornos psicóticos (n=1; 2%). Sólo el 8% (n=5) no han presentado ningún diagnóstico. Además, de las 51 personas que tienen un diagnóstico en el momento de realizar el estudio, el 20% se consideran cuadros graves (EEAG<51), 25% moderados (EEAG entre 51 a 60), y los cuadros leves son el 55% (EEAG>60); de ellos, tienen tratamiento previo el 40%, 31% y 43% respectivamente.

Se intentará dar respuesta a interrogantes como: ¿hay diferencias psicopatológicas entre ambas muestras? ¿Qué



2 importancia tiene la comorbilidad? De la muestra del medio escolar, ¿cuántos acabaron con expediente de reforma y por qué delitos? Y otros cuestionamientos que entendemos de interés para la atención de los problemas comportamentales, de una importancia extraordinaria para el ejercicio de nuestra especialidad.

De hecho, nuestra intervención abarca desde el inicio de las problemáticas desadaptativas, que en un primer momento se producen en el ámbito familiar y escolar, hasta las que se producen más adelante, en los casos de peor evolución, en relación con el ámbito social y la problemática delictiva, con la intervención judicial. Por tanto, abarca desde los aspectos de prevención primaria de alteraciones comportamentales como los de prevención de recaídas y/o reincidencias de conductas delictivas, siendo la base de nuestra intervención la problemática psicopatológica subyacente.

## CANNABIS Y PSICOPATOLOGÍA EN EL ADOLESCENTE: UNA LLAMADA A LA RESPONSABILIDAD SOCIAL

**ARANTZA FERNÁNDEZ RIVAS. Jefe Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Servicio de Psiquiatría. H. Basurto (Bilbao). Osakidetza-servicio vasco de salud**

### RESUMEN

El cannabis es la droga ilegal de mayor consumo a nivel mundial. En España, además de ser la droga ilegal de uso más extendida, es la que se empieza a consumir a una edad más temprana.

Según el informe Health Behaviour in School-aged Children (HBSC forum; WHO, 2007), realizado a estudiantes de 15 años de 41 países y regiones europeas de la OMS y de Estados Unidos durante el año 2005-06, España se encontraba entre los cinco países con mayor prevalencia de consumo de cannabis a lo largo de la vida.

En el adolescente español el consumo de esta sustancia se está convirtiendo en un comportamiento habitual. Según el Informe de la encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) en el 2008 (Ministerio de Sanidad y política Social - Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas), los adolescentes de 14-18 años referían un consumo de cannabis alguna vez en la vida del 35,2%

(variando del 16,4% a los 14 años hasta el 55,2% a los 18), alguna vez en el último año del 30,5% (14,4% y 46,9% para 14 y 18 años respectivamente) y alguna vez en los últimos 30 días de 20,1% (8,5% y 31,1% respectivamente). Estos datos reflejan el hecho de que se trata de la droga de inicio más temprano.

Sabemos en base a diversas investigaciones que el consumo de cannabis se asocia con mayor riesgo de patologías psiquiátricas graves: trastorno por abuso o dependencia, psicosis, trastornos del estado de ánimo, trastornos de conducta, trastornos de ansiedad y afectación de procesos cognitivos (memoria, atención), con la subsiguiente merma en la capacidad de aprendizaje. Los adolescentes con consumo de cannabis representan, por lo tanto, una población de especial riesgo para su salud mental y alto riesgo añadido para su desarrollo madurativo y formativo, lo cual les repercutirá negativamente a lo largo de toda su vida.

En esta ponencia realizo una revisión de los diversos trastornos psicopatológicos que el cannabis puede provocar en el adolescente.

Además, y para contrastar con nuestra realidad asistencial, presento los datos de un estudio prospectivo caso-control realizado con una muestra de 431 ingresos de adolescentes de 12-17 años hospitalizados en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del hospital de Basurto (Bilbao) a lo largo de 56 meses, de los cuales 137 (31,8%) presentaban consumo de esta sustancia. Se analizan un amplio grupo de variables: sociodemográficas, hábitos de consumos de tóxicos, antecedentes psiquiátricos personales y familiares, motivo de ingreso, diagnóstico psiquiátrico, valoración de la escala OAS al ingreso, y valoración de la gravedad de la enfermedad según CGI-SI al ingreso. Se discuten los resultados y se insiste en la necesidad de una intervención socio-sanitaria coordinada encaminada a la prevención primaria y secundaria del consumo de cannabis en el adolescente.

## ADICCIONES SIN SUSTANCIA: NUEVAS TECNOLOGÍAS

**JAVIER GOTI ELEJALDE. Servicio de psiquiatría y psicología infantil y juvenil. Hospital Clinic Barcelona.**

Las nuevas tecnologías plantean nuevos retos. La difusión de los denominados Massively Multiplayer Online Role-Playing Games (MMORPG, Videojuegos de



rol multijugador masivos en línea) en los últimos años, ofrece a sus usuarios una experiencia de entretenimiento difícilmente equiparable a otros juegos o actividades lúdicas. Estos juegos permiten a miles de jugadores introducirse en un mundo virtual de forma simultánea a través de internet e interactuar entre ellos. Una vez creado el personaje, el jugador puede introducirlo en el juego e ir aumentando niveles y experiencia en peleas contra otros personajes (jugadores o no jugadores) o realizando diversas aventuras o misiones, habitualmente llamadas quests (literalmente: «búsquedas»). La difusión de estos juegos en línea es espectacular; “World of Warcraft”, uno de los más populares, ha superado los 10 millones de jugadores (y aún sigue creciendo) desde su aparición en 2004. Algunos autores enuncian los aspectos positivos vinculados a este tipo de actividad, puesto que suponen una herramienta que permite crear lazos afectivos y emocionales importantes que derivan en relaciones de amistad duraderas entre usuarios<sup>1</sup>. La posibilidad de mantener contactos sociales con iguales que expresan similares intereses, superando las barreras que se derivan de la edad, el contexto cultural o social, sumado a una experiencia de juego que lleva implícito el refuerzo intermitente, establece por otro lado el potencial de este tipo de actividades para generar una conducta repetitiva que derive en una compulsividad en el uso y en última instancia en una adicción. Y los adolescentes parecen ser más vulnerables a desarrollar este patrón de uso que los adultos. Diversos autores han abordado esta problemática en los últimos años<sup>2</sup>. Y la praxis clínica en consultas de psiquiatría infantil y juvenil se ha asociado recientemente a un creciente número de demandas de asistencia en las que el motivo princeps de consulta, o bien de forma secundaria, es una conducta adictiva de juego vinculada a MMORPG.

La ubicación de un problema de estas características dentro de las clasificaciones diagnósticas actuales constituye el primer reto. Podríamos considerar esta conducta como un subtipo dentro las diferentes formas de presentación de la adicción a internet, un fenómeno respecto al cual existe una literatura más extensa, incluyendo diversas fórmulas de diagnóstico. Actualmente la adicción a internet puede ser conceptualizada como un trastorno adictivo, un trastorno compulsivo o un trastorno en la esfera del descontrol de impulsos. En cualquier caso, y según Griffiths<sup>3</sup>, lo definitivo en el caso del uso problemático de internet, al igual que en el caso de otras posibles “adicciones sin sustancia”, sería la presencia de los elementos básicos de las conductas adictivas: Saliencia,

Tolerancia, Síndrome de abstinencia, Modificación del humor, Conflictos y Recaída. En nuestro país, Echeburúa y cols.<sup>4</sup> proponen un modelo para definir el inicio y mantenimiento de conductas adictivas aplicable a diversas conductas (el sexo, las compras, la televisión, etc.), incluyendo el uso de internet. Se han propuesto así mismo modelos y programas de intervención, partiendo principalmente del abordaje psicoterapéutico cognitivo-conductual<sup>5</sup>. El constructo de la adicción a internet es sin embargo, pese a su difusión, una categoría diagnóstica aún no reconocida, actualmente en estudio por los grupos de trabajo que desarrollan la futura clasificación DSM-V, y necesitada posiblemente de más investigaciones para confirmar su validez como entidad nosológica independiente. De hecho, dentro de la adicción a internet podríamos considerar diferentes subtipos en función de la naturaleza de la actividad “on-line” preferida, siendo principalmente tres los más replicados: conductas de juego, sobreimplicación en contenidos de temática sexual, y problemas vinculados al uso redes sociales en la web (email, chats, foros, etc.). Estos planteamientos generan las primeras reacciones escépticas respecto a la validez del diagnóstico en sí, puesto que puede resultar difícil atribuir una raíz etiológica y un modelo clínico, diagnóstico y terapéutico común para el caso de un adulto “adicto” a páginas web de contenido erótico y el de un adolescente “adicto” a un videojuego de rol multijugador en línea<sup>6</sup>. Estos autores insisten en que en la medida en que las actividades disponibles a través de la web y susceptibles de absorber la atención del usuario van incrementándose (blogs, edición de wiki-enciclopedias, videoconferencias, correo electrónico, etc.), la idea de un modelo homogéneo de adicción a internet parece poco aplicable.

Aun así, otros autores<sup>7</sup> sí encuentran patrones clínicos reproducibles entre usuarios problemáticos, que constituirían la base sobre la que sustentar una formulación diagnóstica: 1) Un uso excesivo que se asocia a la negligencia con respecto a otras actividades relevantes; 2) síntomas de abstinencia, incluyendo sentimientos de tensión, irritabilidad y angustia, cuando la actividad no está disponible; 3) tolerancia, que incluiría la necesidad de mejoras en el equipo, el software o más horas de utilización; y 4) repercusiones negativas, en forma de aislamiento social, anergia, rechazo de actividades alternativas, incluyendo responsabilidades, y conflictos con el entorno derivados del uso (discusiones, mentiras, etc.).

Los avances principales en la investigación en torno a este fenómeno, sobre todo en lo concerniente a la población infantil y juvenil, proceden de países asiáticos, pues-





4 to que en algunos de ellos, como Corea del Sur, la adicción a Internet es considerada un notable problema de salud pública. Este país posee una industria muy desarrollada en el ámbito de los videojuegos y constituye uno de los mercados más importantes para los MMORPG. Más allá del escepticismo en torno al potencial adictivo de estos juegos, la realidad es que estimaciones de las autoridades sanitarias en Corea del Sur cifran en 210.000 (el 2.1%) el número de niños y adolescentes (6-19 años) que están afectados y requerirían tratamiento<sup>8</sup> por adicción a internet. Y en la mayoría de los casos se trataría de usuarios de juegos MMORPG: Según datos de agencias gubernamentales de Corea del Sur, el número de casos de adicción a videojuegos on-line oficialmente registrados en el 2004 era 8.978, y en 2006 superaba los 10.000. Ko y colaboradores<sup>9</sup> elaboraron una de las propuestas diagnósticas con mayor difusión para el caso de adolescentes con adicción a internet. Estos autores sugieren que en estos casos se presenta un patrón de uso de internet desadaptativo, que conduce a un deterioro o distress significativo, presentándose durante un periodo de tres meses los siguientes criterios:

- A) Seis o más de los siguientes síntomas:
  - 1) preocupación por el uso de internet;
  - 2) fracaso recurrente para resistir el impulso de utilizar internet;
  - 3) tolerancia: incremento progresivo en el tiempo de utilización necesario para sentirse satisfecho;
  - 4) abstinencia, manifestada por cualquiera de las siguientes:
    - i) síntomas de ánimo disfórico, ansiedad, irritabilidad y aburrimiento tras varios días sin usar internet,
    - ii) uso de internet para paliar síntomas de abstinencia;
  - 5) uso de internet por períodos más prolongados de los que inicialmente se planteaba;
  - 6) deseo persistente o intentos infructuosos de reducir o limitar el uso;
  - 7) empleo de tiempo excesivo en internet o en abandonar la web;
  - 8) dedicación de tiempo y esfuerzos excesivos en actividades orientadas a conseguir acceso a internet;
  - 9) uso continuado y abusivo de internet pese a tener conciencia de presentar problemas físicos o psicológicos derivados potencialmente del mismo.
- B) Deterioro funcional: uno o más de los siguientes síntomas:
  - 1) Uso recurrente de internet que resulta en el fracaso

- para asumir obligaciones en la escuela o el hogar;
- 2) deterioro en las relaciones sociales;
- 3) Violación de reglas o límites escolares debido al uso de internet.
- C) El uso de internet no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico o bipolar.

Los estudios en países asiáticos también permiten analizar algunos aspectos referentes a la comorbilidad de este trastorno en adolescentes. Estos datos son de notable importancia, puesto que algunos autores consideran que el uso problemático de internet en muchos casos no constituiría una adicción primaria en sí misma, sino la expresión o el vehículo de otros fenómenos adictivos e incluso la manifestación secundaria de otras patologías<sup>10</sup>. Algunos estudios en adolescentes identifican una frecuente comorbilidad con el trastorno por déficit de atención a hiperactividad (TDAH) y con trastornos depresivos. Yoo<sup>11</sup> encontró una correlación significativa entre síntomas de hiperactividad e inatención y puntuaciones en escalas que medían gravedad en la adicción a internet en una muestra de adolescentes. Ha y cols.<sup>12</sup> encontraron datos de prevalencia elevada de TDAH en una muestra de niños (9-13 años) con una posible adicción a internet, mientras que en adolescentes (15-17 años) quedaban también representados casos de trastorno depresivo mayor, esquizofrenia y trastorno obsesivo-compulsivo. Yen y cols.<sup>13</sup> completaron otro estudio con una muestra de 2114 estudiantes (15-23 años de edad) identificando en los casos que cumplían criterios de adicción a internet mayor número de síntomas de TDAH, depresión, fobia social y agresividad mediante cuestionarios autoaplicados. Esta asociación era especialmente significativa para el TDAH y los síntomas depresivos en las mujeres.

Estos estudios sin embargo no permiten elaborar conclusiones definitivas respecto a la epidemiología y comorbilidad de este fenómeno, en tanto en cuanto la mayoría de ellos emplean metodologías diferentes (diferentes criterios, instrumentos de medida, características de las muestra, presencia/ausencia de grupos control). Sí apuntan en cualquier caso varias ideas: el fenómeno de adicción a internet en niños y adolescentes es aparentemente más prevalente entre varones, y la aplicación de internet a la que más se asocia es al juego (principalmente los denominados MMORPG). Y aunque no se puedan elaborar conclusiones respecto a una dirección en la causalidad, algunos trastornos psiquiátricos son aparentemente más prevalentes en esta población, destacando el TDAH, los cuadros depresivos y algunos trastornos de ansiedad. Igualmente, ciertas disposiciones caracteriales



que limitan la capacidad del individuo en las interacciones sociales parecen asociarse en mayor medida a este fenómeno.

En lo concerniente a la intervención terapéutica, a la espera de que los avances en la investigación permitan clarificar la ubicación nosológica y ofrezcan modelos etiopatogénicos generalizables, el abordaje mayoritariamente propuesto parte de la intervención acorde a los planteamientos de la psicoterapia cognitivo-conductual. Nuestra experiencia clínica nos indica que un modelo integrador, que considere en el caso la presencia de un trastorno dual (la presencia concomitante de un trastorno psiquiátrico primario y de un trastorno adictivo) puede tener mayor potencial. Tal y como recoge la literatura, la presencia de trastornos psiquiátricos primarios en estos pacientes es común y requerirá un abordaje específico, incluyendo una evaluación diagnóstica exhaustiva, y con frecuencia una combinación de intervenciones psicofarmacológicas y psicoterapéuticas. En cuanto a la intervención específica de la conducta de juego, debe ir orientada de forma individualizada en aquellos casos en que subyazca un trastorno primario. En los otros casos, el abordaje inicial mediante estrategias motivacionales adaptadas, la realización de un adecuado análisis funcional, consensuar objetivos con el paciente y su familia y elaborar estrategias de prevención de recaídas constituirán el tronco común en la intervención.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cole H., Griffiths M.D. Social interactions in massively multiplayer online role-playing gamers. *Cyberpsychology and Behavior* 2007; 10: 575-583.
2. Peters C.S., Malesky A. Problematic usage among highly-engaged players of massively multiplayer online role playing games. *Cyberpsychology and Behavior* 2008; 11: 481-484.
3. Griffiths M.D. Does Internet and computer addiction exist? Some case study evidence. *Cyberpsychology and Behavior* 2007; 3: 211-218.
4. Echeburúa E., Corral P. Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora. *Clínica y Salud* 1994; 5: 251-258.
5. Luengo A. Adicción a Internet: conceptualización y propuesta de intervención. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual* 2004; 2: 22-52.
6. Lenihan F. Computer addiction – a sceptical view. Invited commentary on: Lost online. *Advances in Psychiatry Treatment* 2007; 13: 31-33.
7. Block JJ. Issues for DSM-V: Internet Addiction. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 306-307.
8. Ahn DH. Korean policy on treatment and rehabilitation for adolescents' internet addiction. 2007 International symposium on the Counseling and treatment of youth Internet addiction. Seoul, Korea, National Youth Commission, 2007. p. 243.
9. Ko C. et al. Proposed diagnostic criteria of internet addiction for adolescents. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2005; 193: 728-733.
10. Griffiths M. Does Internet and computer addiction exist? Some case study evidence. *Cyberpsychology and Behavior* 2000; 3: 211-218.
11. Yoo H.J, et al. Attention deficit hyperactivity symptoms and internet addiction. *Psychiatry and clinical neurosciences* 2004; 58: 487-494.
12. Ha J.H, et al. Psychiatric comorbidity assessed in Korean children and adolescents who screen positive for internet addiction. *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 821-826.
13. Yen J. et al. The comorbid psychiatric symptoms of internet addiction: attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), depression, social

2 **Viernes 9 hrs. Salón de Acto****TRASTORNO DEL ESPECTRO  
AUTISTA Y PSICOSIS**

**DOMÍNGUEZ MARTÍN C.; MARTÍN ARRANZ E.;  
FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ B.; CARRASCAL JORAL  
E.M.; GÓMEZ CEREZO B.; MARTÍN ARRANZ V.;  
MARQUÉS CABEZAS P. Hospital Clínico Universitario  
de Valladolid**

**Objetivos:** Describir la relación entre trastornos del espectro autista y psicosis a lo largo de la vida.

**Métodos:** Se expone el caso de un niño de 11 años diagnosticado de Trastorno de Asperger que presenta sintomatología psicótica. Entre sus antecedentes familiares destaca un familiar de segundo grado con esquizofrenia. Se revisa en la literatura la relación entre trastornos del espectro autista y psicosis.

**Resultados:** Hasta 1970 se utilizaba el término de psicosis infantil para referirse tanto a esquizofrenia de inicio precoz como a autismo. Posteriormente con estudios de Kolvin y Rutter se determina que son dos entidades distintas. El trastorno del espectro autista puede ser un marcador inespecífico de una alteración severa en el neurodesarrollo temprano presente en cuadros clínicos como la esquizofrenia. Estudios longitudinales demuestran que trastornos del espectro autista desarrollan esquizofrenia en tasas no superiores a la población general. Los trastornos del espectro autista pueden estar presentes en 25% de los niños con esquizofrenia de inicio temprano.

El diagnóstico diferencial entre esquizofrenia y trastornos del espectro autista puede ser complicado. Ciertos síntomas del espectro autista pueden malinterpretarse como psicosis. Los pacientes con trastornos del espectro autista pueden hablarse a sí mismos en voz alta y presentar estereotipias sensoriales visuales, olfativas y/o gustativas que pueden confundirse con alucinaciones. Algunas percepciones y creencias peculiares pueden ser idiosincrásicas e interpretarse como psicóticas. Ciertas alteraciones formales del pensamiento (pérdida de asociaciones y pensamiento ilógico) generalmente no son debidas a síntomas co-mórbidos de esquizofrenia sino a alteraciones del lenguaje pragmático. Ambos trastornos pueden presentar síntomas negativos (aislamiento social, reducción expresión emocional) y de desorganización (conducta y apariencia extraña y problemas de atención).

**Conclusión:** La diferenciación entre síntomas del espectro autista y psicosis puede ser muy complicada. Es necesario tener conocimiento de las alteraciones del desarrollo y de la amplia variedad de manifestaciones del espectro autista para hacer diagnóstico diferencial con esquizofrenia.

**EL APEGO: MÁS RUIDO QUE  
NUECES**

**CARRERA GUERMEUR OLAIA. Complejo Hospitalario  
Universitario de Santiago de Compostela**

**Objetivo:** El objetivo de esta exposición es realizar una revisión crítica del concepto de apego y su papel en el desarrollo de la psicopatología.

**Métodos:** Se revisó la literatura (base de datos de PubMed) utilizando las siguientes palabras clave: attachment and depression, anxiety, substance abuse, personality disorders and eating disorders.

**Resultados:** Esta revisión nos deja frente a una relación inespecífica entre el apego inseguro y la psicopatología en general. Los diferentes estilos de apego inseguro (resistente, evitativo y desorganizado) han sido relacionados con un amplio rango de trastornos que abarcan desde la ansiedad, la depresión, los trastornos de la conducta en la adolescencia, la conducta suicida, el abuso de sustancias y la delincuencia, a los trastornos de la personalidad en la vida adulta y los trastornos de la conducta alimentaria. Sin embargo, la ausencia de una relación sistemática entre los subtipos de apego inseguro con algún trastorno en concreto, deja como resultado una relación inespecífica común a muchos trastornos psicopatológicos. Esta ausencia de especificidad detectada entre apego inseguro y psicopatología podría estar relacionada con algunas dificultades metodológicas recurrentes en la literatura del apego.

**Conclusiones:** Llegados a este punto, es necesario detenerse y volver la mirada hacia los estudios realizados en el ámbito animal directamente relacionados con el tema del apego. En contra de lo que cabría esperar dada la presunta naturaleza simbólica del vínculo de apego, la investigación animal ha resultado esencial a la hora de desvelar la existencia de una extensa capa de procesos biológicos que subyacen a los constructos psicológicos y comportamentales de la teoría del apego, llegando inclu-



so a transformar la concepción original del apego propuesta por Bowlby hacia un enfoque más psicobiológico del vínculo.

## ADOLESCENCIA, ADOPCIÓN Y CONDUCTAS EXTERNALIZANTES

ARANZAZU FERNÁNDEZ RIVAS; LEIRE RKOREKA GONZÁLEZ; LIDIA IBARRA ARREGUI; SUSANA MARQUÉS ANDRÉS; ALONSO GANUZA ZURIA; IÑAKI KEREJETA LIZEAGA; ALEJANDRA GONZÁLEZ ANIDO; MIGUEL ÁNGEL GONZÁLEZ TORRES. Servicio de Psiquiatría del Hospital de Basurto (Bilbao)

**Objetivo:** En los países occidentales está aumentando el número de adopciones. Se ha descrito que estos niños, en la adolescencia, tienden a presentar patología relacionada con conductas externalizantes, con mayor frecuencia de Servicios de Salud Mental. Realizamos un estudio en una muestra de adolescentes hospitalizados partiendo de la hipótesis de que ingresan con mayor frecuencia por patología relacionada con conductas externalizantes, y que estas conductas son más severas.

**Métodos:** Se recogen prospectivamente durante 56 meses los datos de todos los ingresos de adolescentes (12-17 años) en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil (n=431). Se agrupan en adoptados (n=11; 2,6%) y no adoptados (n=420; 97,4%), comparándose las siguientes variables: edad, sexo, motivo de ingreso, diagnóstico al alta, puntuación en la escala O.A.S. (Overt Aggression Scale) al ingreso, consumo de tóxicos. Se utilizan para el análisis las pruebas estadísticas de chi-cuadrado y t de Student.

**Resultados:** Los adolescentes adoptados están sobrerrepresentados en la unidad (2,84% vs 0,6% en la población general,  $p < 0,001$ ). Comparativamente al subgrupo de no adoptados, ingresan significativamente más jóvenes (14,09 vs 15,21 años,  $p = 0,017$ ) y lo hacen más frecuentemente por "alteraciones de conducta" (63,6% vs 38,1%,  $p = 0,086$ ). Tienden a consumir menos THC. No se han objetivado diferencias estadísticamente significativas en el resto de variables estudiadas.

**Conclusiones:** Con los resultados hallados podemos decir que la hipótesis se confirma. Los adolescentes

adoptados de nuestra muestra no difieren de los no adoptados en los diagnósticos al alta, pero sí en la forma de presentación de la patología, tal como observamos en el motivo de hospitalización. Tienden a ingresar por conductas externalizantes en mayor medida (alteraciones de conducta), y además, el ingreso se produce a una edad más temprana, dato que nos sugiere que o estas conductas son más disruptivas o las familias adoptivas tienen una menor capacidad de contención que las biológicas.

## TDAH O TVID: LA ADOPCIÓN DE NIÑOS ABRE PREGUNTAS

J.L. PEDREIRA MASSA; S. GUTIÉRREZ; A. PÉREZ; P. LARRAURI; I. SÁIZ; I. BARRERA. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

**Introducción:** El TDAH se está transformando en un trastorno de paradoja: frente al infradiagnóstico en la población infantil general, existe un sobrediagnóstico patente en la población infantil escolar. Este sobrediagnóstico es alarmante en el caso de las adopciones, sobre todo internacionales.

**Objetivo:** Presentar trastornos comparables con la clínica de TDAH en niños adoptados; debatir el diagnóstico diferencial y comparar con otros trabajos de investigación.

**Material y métodos:** Se presenta un estudio de 23 casos de niños adoptados procedentes de una muestra clínica de 100 casos remitidos con el diagnóstico de TDAH. Se siguió el protocolo de Peter Hill para la exploración y diagnóstico de TDAH. Se emplearon tanto los criterios de inclusión como los de exclusión de los sistemas de clasificación de trastornos mentales. Se buscó en la bibliografía y se compararon nuestros resultados con los de la literatura científica, con criterios de Psiquiatría basada en la evidencia.

**Discusión y conclusiones:** De esos 23 casos solamente uno reunía los criterios precisos de TDAH, aplicando tanto los criterios de inclusión como de exclusión de los sistemas internacionales de clasificación, sin embargo los 23 casos estaban con tratamiento farmacológico estimulante. Se detectan casos de posible síndrome feto-alcohol y, sobre todo, la institucionalización precoz, lo que nos obligó a buscar en la bibliografía y obtener el solapamiento de los síntomas en estos casos, con lo que la con-



- 4 clusión es similar a la de Vera Fahlberg (2006): “Los datos de las investigaciones sobre niños institucionalizados nos aportan que los síntomas de estos niños que se criaron sin cuidados primarios eran similares a los vistos en niños con TDAH, pero no padecían un TDAH”. Nuestras conclusiones resaltan: La mejor conclusión es tener una posición crítica, honesta y humilde: Necesitamos más estudios y mejor diseñados metodológicamente, así como estudios de seguimiento longitudinal y contextualizados; se pueden replicar resultados, pero las conclusiones poseerán poco valor, escasa evidencia científica y estarán plagados de sesgos; se han investigado los factores de riesgo, en el futuro habremos de investigar los factores de protección y resiliencia si queremos comprender el proceso de la adopción en su conjunto. Todo un reto para la investigación.

## ESTUDIO DEL APEGO MADRE-BEBE EN NIÑOS DE RIESGO Y/O CON PATOLOGÍAS GRAVES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN TEMPRANA

BLANCO VICARIO F\*\*; LÓPEZ S\*\*\*; LISBOA A\*\*\*\*; MORANDE LAVÍN G.\*.

\*\*Psicólogo Clínico, HIUNJ\*\*\*Psicóloga practicumAT, Psicopedagoga masterAT, \*Psiquiatra Jefe Sección de Psiquiatría-Psicología Hospital Infantil Universitario Niño-Jesús HIUNJ

**Introducción:** El apego es la relación afectiva que establecen la díada/tríada madre/padre con su hijo durante los primeros meses de vida y que constituye un factor determinante de su salud mental, física y social. Este vínculo permite al niño desarrollar un sentido de seguridad y protección frente al mundo, que proporcionará en un futuro adaptarse a situaciones vitales estresantes (separaciones, demandas insatisfechas, situaciones sociales diferentes, nuevos aprendizajes, etc.). Estudios realizados con pacientes pediátricos no patológicos nos indican que el 55-70% de niños y madres presentan un apego seguro, el 20% apego inseguro evitante, el 12-25% apego inseguro ambivalente y el 8-10% apego desorganizado.

**Objetivos:** Identificar precozmente alteraciones pato-

lógicas y/o carencias en la relación afectiva de apego entre madre-bebe y establecer estrategias de intervención clínica específicas.

**Material y Método:** Valoración muestra aleatoria de 25 niños de 0-18 meses que acuden a consulta de Atención Temprana Hospital “Niño-Jesús” con patologías graves diagnosticadas o riesgo cierto de padecerlas, derivados por el Servicio de Rehabilitación.

**Material.** Se utilizó Escala de Massie-Campbell de Observación de Indicadores de Apego Madre-Bebe en Situaciones de Stress (ADS). Previamente se entrenó a los observadores en su aplicación.

**Método.** Observar seis elementos de apego: contacto visual, contacto verbal, contacto físico de búsqueda y evitación, sostén físico, afectos compartidos y proximidad-cercanía.

**Resultados:** No existen diferencias significativas entre sexos. El 75% de niños y madres presentaban apego seguro, más allá de los diagnósticos. El apego inseguro evitante (20% en niños) se duplica en las madres respecto a sus hijos. El apego inseguro-ambivalente (5%).

**Conclusiones:** Sorprendentemente aparecen diferencias significativas respecto a los estudios realizados por varios autores y en otros contextos. Pudiera ser que la percepción de vulnerabilidad y necesidad de protección generan una predisposición positiva en el establecimiento inicial de un vínculo seguro.

## IMPACTO DE LA PSICOSIS EN PADRES CON TRASTORNO BIPOLAR EN EL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO DE SUS HIJOS. EVIDENCIAS DEL ESTUDIO BIOS

MÉNDEZ BLANCO IRIA; DAVID AXELSON; BORIS BIRMAHER; MIHAELA OBREJA; KELLY MONK; MARY BETH HICKEY; DAVID KUPFER. Hospital Clinic / University of Pittsburgh Medical Center

**Objetivo:** Los autores evaluaron distintos parámetros de funcionamiento en los hijos de padres con Trastorno Bipolar tipo I y tipo II, buscando posibles diferencias en



base a la presencia o ausencia de sintomatología psicótica en sus progenitores.

**Metodología:** A través de anuncios en prensa, transporte público y consultas de psiquiatría, se reclutaron 244 adultos con un trastorno bipolar tipo I o tipo II, con hijos de edades comprendidas entre los 5 y los 18 años, sumando un total de 419 hijos a estudio. Padres e hijos fueron entrevistados de forma independiente y ciega por estudiantes de master con formación específica en los instrumentos estandarizados para el diagnóstico y valoración psiquiátrica. Los datos de los adultos y de sus hijos se analizaron por separado, con técnicas de t-student y 2, buscándose diferencias estadísticamente significativas entre dos grandes grupos caracterizados por la presencia o ausencia de sintomatología psicótica en los padres. Para este estudio no se utilizó ningún grupo control.

**Resultados:** Tras ajustar los resultados por diferencias sociodemográficas y tratamientos, los padres bipolares con síntomas psicóticos obtuvieron resultados inferiores estadísticamente significativos en todas las escalas de funcionamiento global (GAF presente y pasado; LIFE index). En análisis de los hijos, si bien no se observaron estas diferencias en el funcionamiento general (GAF/C-GAS) ni en el coeficiente intelectual (WISC-IV-TR) entre ambos grupos, cuando se analizaron de forma específica las distintas áreas de la vida diaria (5 subescalas LIFE: nivel académico/laboral, social, recreacional, satisfacción, e integración social), se obtuvieron resultados significativamente inferiores en la subescala de relaciones sociales en los hijos de padres con psicosis.

**Conclusiones:** En pacientes bipolares se observaron diferencias en el nivel de funcionamiento tanto a nivel general como en determinadas áreas de la vida, en función de la presencia o no de psicosis. Estas diferencias también se observaron en su descendencia, si bien sólo circunscritas al área de las relaciones sociales. Se necesitan futuros estudios para analizar posibles factores causales, como son el entorno o el peso de la herencia en el riesgo de psicosis y disfunción.

**Viernes 9 hrs. Sala Castelao**

## INFLUENCIA DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN EN LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

GARCÍA-CAMPOS NATALIA; MIERNAU ISABEL;  
LORO MERCEDES; AMADOR LILIANA; TAJIMA  
KAZUHIRO; BENÍTEZ MARÍA; QUINTERO JAVIER.  
Instituto Neuroconductual de Madrid

**Introducción:** El término trastorno de la conducta alimentaria hace referencia a los trastornos psicológicos que implican alteraciones graves en el comportamiento de la ingesta. La etiopatogenia de este tipo de alteraciones es de corte sociocultural, biológico y psicológico, interviniendo estos como factores a precipitantes, predisponentes y mantenedores. El acceso a información por parte de los pacientes, mediante internet, es un elemento de reciente aparición, que condiciona su evolución. Encontramos numerosas investigaciones que confirman esta influencia negativa que tiene en esta población, visitar paginas pro- anorexia/ bulimia (A. Bardone-Cone).

**Objetivo:** Conocer la influencia de internet en el inicio y desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, a través de la presentación de los documentos recogidos por una paciente con este trastorno.

**Material y Método:** Mujer de 15 años de edad, que acude a una consulta ambulatoria privada de Madrid, con la presencia de sintomatología compatible con un trastorno de la conducta alimentaria. Tras una exhaustiva evaluación, se confirman los criterios para ser diagnosticada de anorexia restrictiva. Se le inicia psicoterapia, en la que tras varias semanas de desarrollo la paciente hace referencia de la presencia de un “diario” compuesto de información que ha ido recogiendo en internet principalmente, y que parece estar condicionando su evolución. Al analizarla hallamos numerosos documentos de contenido nocivo y lleno de pensamientos irracionales, que nos es muy útil para trabajar con ella en la psicoterapia.

**Resultados:** En la presentación final, se presentaron los documentos gráficos, que nos permitirán acceder de forma directa al pensamiento de estos pacientes, y a la influencia que tiene sobre ellos y la enfermedad, el acceso a información vía Internet.



## 6 MARCADORES BIOLÓGICOS DE ESTRÉS TRAS UN INGRESO EN CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

**M D PICOUTO GONZÁLEZ; L ALS; K O'DONNELL; V GLOVER; S NADEL; M COOPER; C PIERCE; T KRAMER; E GARRALDA.** Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry, Imperial College London; St Mary's Hospital, Londres; Great Ormond Street Hospital

**Objetivo:** Un 20-30% de los niños ingresados en cuidados intensivos pediátricos (UCIP) sufre secuelas emocionales y trastornos conductuales. Los ejes hipotálamo-hipófiso-adrenal (HHA) y simpático-adreno-medular (SAM) juegan un papel clave en la mediación de la respuesta biológica al estrés y pueden estar ligados al desarrollo de estas secuelas. El objetivo del presente estudio es evaluar la función de los ejes HHA y SAM en niños de 5 a 16 años de edad, 3 a 6 meses después de un ingreso en una unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) y explorar su asociación con el desarrollo de trastornos emocionales y de conducta.

**Métodos:** Estudio prospectivo de 50 pacientes de UCIP (divididos en tres subgrupos; sepsis, meningococcalitis y patologías no infecciosas) y un grupo control con 50 voluntarios sanos. Se analizan los niveles de cortisol y alfa-amilasa (AA) en saliva (marcadores no invasivos de la función de los ejes HHA y SAM respectivamente) al levantarse, 30 minutos y 12 horas después, en dos días consecutivos. Se recogen también datos demográficos, psicológicos, de comportamiento y de actividad académica.

**Resultados:** Análisis preliminares comparando 19 casos (10H, 9M; Media de edad 10.53 años; DS 3.69) y 14 controles (10H, 4M; Media de edad 11.93 años; DS 2.84) no han detectado diferencias estadísticas en los niveles matutinos de cortisol ni en ninguna de las mediciones de AA. Sin embargo, los niveles de cortisol nocturno tienden a ser menores en el grupo UCIP ( $p=0.058$ ), alcanzado significación estadística cuando se compara el subgrupo con patología no infecciosa ( $n=7$ ) ( $p=0.007$ ) con el grupo control.

**Conclusiones:** Resultados preliminares sugieren la existencia de alteraciones en la regulación del cortisol después de un ingreso en una UCIP, particularmente tras enfermedades no infecciosas. Es necesario confirmar

estos resultados en una muestra más amplia, así como explorar su asociación con síntomas psiquiátricos y alteraciones de conducta.

## SECUELAS PSICOLÓGICAS Y ALTERACIONES DE CONDUCTA EN NIÑOS TRAS UN INGRESO EN CUIDADOS INTENSIVOS

**M D PICOUTO GONZÁLEZ; L ALS; M COOPER; S NADEL; C PIERCE; T KRAMER; E GARRALDA.** Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry, Imperial College London; St Mary's Hospital, Londres; Great Ormond Street Hospital

**Objetivo:** Existen pocos datos sobre las secuelas psicológicas en niños tras ingresos en unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP). Estudios previos han detectado más síntomas de hiperactividad y estrés post-traumático tras una enfermedad meningocócica. No está claro si esto se relaciona solo con esta enfermedad o con el ingreso en UCIP. Este proyecto estudia las alteraciones psicológicas/conductuales en niños de 5 a 16 años de edad, 3 a 6 meses después de un ingreso en UCIP, comparando diferentes tipos de patologías.

**Métodos:** Estudio prospectivo de 125 pacientes de UCIP (divididos en tres subgrupos; sepsis, meningococcalitis y patologías no infecciosas) y un grupo control con 100 voluntarios sanos. Para la detección de síntomas de hiperactividad, alteraciones emocionales y de conducta se administra a padres, profesores y niños la escala "Strengths and Difficulties Questionnaire" (SDQ). Para el despistaje de síntomas de estrés post-traumático se utiliza la escala Children Revised Impact of Event Scale (CRIES). Asimismo se recogen datos sobre la evolución de la enfermedad durante el ingreso y sobre actividad académica.

**Resultados:** Análisis preliminares comparando datos de 57 casos (35H, 22M; media de edad 10.14 años; DS 3.50) y 53 controles (29H, 24M; media de edad 10.77; DS 2.67) identifican puntuaciones totales significativamente más altas en los SDQ en el grupo de UCIP (SDQ padres  $p=.001$ ; SDQ profesores  $p=.037$ ; SDQ niños  $p=.027$ ). El subgrupo de sepsis ( $n=16$ ) es globalmente el más afectado. Este subgrupo también presenta tasas de



trastorno por estrés postraumático significativamente más altas que el resto del grupo UCIP (60% sepsis vs 21.4% resto de UCIP,  $p=.045$ ).

**Conclusiones:** Resultados preliminares sugieren la existencia de secuelas psicológicas (especialmente síntomas de estrés postraumático e hiperactividad) en niños que han sufrido un ingreso en UCIP. Las alteraciones son más marcadas en los que padecieron sepsis. Se explorarán las asociaciones con la gravedad de la enfermedad y las repercusiones académicas.

## TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE INICIO TEMPRANO

RUIZ LÁZARO PEDRO MANUEL; VELILLA PICAZO JOSÉ MARIANO; BANZO ARGUIS CRISTINA; FERNÁNDEZ GUARDIOLA MARIOLA; CALVO SARNAGO ANA ISABEL; PALLAS LÁZARO RAQUEL; ZAPATA USÁBEL MAITE ARANZAZU. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Universidad de Zaragoza

**Objetivos:** Valorar si se ha producido un aumento de la frecuencia de casos de TCA, si esto se ha producido también a edades más tempranas y su distribución por sexos.

**Materiales y método:** Estudio descriptivo realizado en nuestra Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil (unidad de referencia para TCA), con una muestra de pacientes diagnosticados de T.C.A. de inicio temprano (entre 10-13 años) y en el periodo comprendido entre 2007-2009 (ambos inclusive). Dentro de nuestra casuística tomaremos como referencia para realizar algunas comparaciones, datos del año 1997-1998.

**Resultados:** Se ha producido una tendencia al aumento en la demanda de la atención en los últimos años y en casos nuevos por año, siendo de 69 casos en el 2006-2007, 83 en el 2007-2008 y 78 en el 2008-2009; respecto a 61 casos registrados en el año 1997-1998. El 32% de los casos de T.C.A., son de inicio temprano en el año 2008-2009; del 20.4% en el 2007-2008 y del 15% en el 1997-1998. En los dos últimos años un 85% de los nuevos casos de T.C.A. son mujeres y el 15% hombres. En 1997-1998 el 90.07% eran mujeres y el 9.83% hombres. El tiempo transcurrido en la derivación a la unidad desde los primeros síntomas, es menor en los cuadros de inicio temprano.

**Conclusiones:** Los TCA han aumentado de incidencia en la población descrita, siendo minoritarios los cuadros de inicio temprano. Los cuadros de anorexia nerviosa se inician de forma más temprana que los de bulimia y por tanto, presentan mayor frecuencia en los casos de TCA pre-puberal. La proporción de los casos de T.C.A. de inicio temprano se encuentra en aumento en los últimos años. La proporción mayoritaria de mujeres se confirma en un 85% frente al 15% en los hombres; si bien difiere respecto al 20% publicado por otros autores.

## ANÁLISIS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DURANTE UN AÑO

PASCUAL LÓPEZ MARGARITA; BAOS SENDARRUBIAS P.; ALCINDOR HUELVA P.; CARRILLO DEL AMO A.; IZQUIERDO MOREJÓN F.; LUENGO FERRARA A.; ONTENIENTE CALERO M.; VICENTE FERNÁNDEZ I.; GÓMEZ-PORRO ZAMORA R.; BEATO FERNÁNDEZ L. Hospital General Ciudad Real

**Introducción:** La Unidad de Hospitalización de Salud Mental Infanto-Juvenil de Ciudad Real es una unidad regional que atiende pacientes de toda la comunidad de Castilla-La Mancha.

**Objetivo:** Análisis de las variables socio-demográficas y clínicas de los pacientes que ingresan en una Unidad de Hospitalización de Salud Mental Infanto-Juvenil.

**Método:** Durante el año que se describe se han ingresado cien pacientes. Los datos de estos pacientes se analizan con el paquete estadístico SPSS.

**Resultados:** Se ingresan cien pacientes, de los cuales un 48% son varones, la edad media es de 14,8 años con un rango de edad de los 9 a los 17 años. El 60% de los ingresos son urgentes. Los pacientes provienen en su mayoría de Ciudad Real (40%). La estancia media es de 18,04 días. Los pacientes viven con ambos padres en un 50%, en 21% de casos viven en un centro de menores. Están escolarizados el 84%. Tienen antecedentes perso-





8 nales psiquiátricos el 83%. Tienen antecedentes familiares psiquiátricos el 62%. El diagnóstico CIE-10 es F10-19: 7%, F20-29: 5%, F30-39: 13%, F40-48: 32%, F50-59: 16%, F60-69: 1%, F84: 6%, F90-98: 37%, sin diagnóstico: 4%. (Algunos pacientes recibieron más de un diagnóstico en el eje I). Se indicó un probable déficit cognitivo en el 16% de los pacientes recibiendo un diagnóstico en un 9%. El 62% de los pacientes tenían situaciones psicosociales anómalas asociadas. Al alta, el 58% de los pacientes fue derivado a la USMIJ, el 14% a la UTCA, el 8% al CAEM, y el 8% a Hospital de Día.

**Conclusiones:** Una alta proporción de los pacientes que ingresan ya tenían antecedentes psiquiátricos. Los diagnósticos más frecuentes son los trastornos de comienzo habitual en la infancia y los trastornos neuróticos y secundarios a situaciones estresantes. Un alto porcentaje de pacientes presentaban situaciones psicosociales anómalas asociadas.

## PSICOSIS TÓXICAS VERSUS PSICOSIS DESENCADENADAS POR CONSUMO DE TÓXICOS EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

J.L. PEDREIRA MASSA; S. GUTIÉRREZ; A. PÉREZ; P. LARRAURI; I. BARRERA; I. SAIZ. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

**Introducción:** Existe un gran debate si el consumo de sustancias de abuso produce trastornos psicóticos o, si por el contrario, los tóxicos actúan sobre una vulnerabilidad previa y desencadenan la aparición de trastornos psicóticos. Lo cierto es que, por uno u otro mecanismo, los ingresos por esta causa se han incrementado en los últimos años y esta es la razón de realizar esta comunicación: presentar la experiencia de una unidad de hospitalización paidopsiquiátrica en atender primeros brotes psicóticos en pacientes que previamente habían consumido sustancias de abuso.

**Material y métodos:** Los casos han sido seleccionados de una prevalencia anual de los ingresos psiquiátricos en la unidad de hospitalización psiquiátrica infantil del HNJS. Entre ellos hemos seleccionado aquellos casos

que ingresaban por un primer brote psicótico y que habían consumido sustancias de abuso durante, al menos, tres años de anterioridad. Para llegar a dicho diagnóstico se establecía por la clínica psicótica, la historia clínica y la determinación de tóxicos por parte del laboratorio del HNJS. Se aportan dos casos comparativos de esta situación que pueden aclarar la diferenciación desde la perspectiva clínica.

**Resultados y comentarios:** En todos los casos que presentamos la forma prioritaria de presentación fue una clínica comportamental con agitación, acompañada de síntomas delirantes y alucinatorios con contenido referencial o megalomaniaco, así como conductas bizarras y otras alteraciones sensorio-perceptivas. El tóxico más utilizado fue el cannabis y sus derivados, seguido de la cocaína y de drogas de diseño. Durante el ingreso se trató con neurolepticos atípicos y al alta se recomendó asistir a Hospital de día psiquiátrico para adolescentes.

**Conclusiones:** El incremento del uso de sustancias de abuso en la etapa infanto-juvenil es un problema epidemiológico, sobre todo por la tolerancia social y la baja percepción del riesgo de uso en la población diana. Pareja a esta situación estamos comprobando un incremento de primeras crisis psicóticas en consumidores que iniciaron precozmente el uso de las sustancias (sobre los 11 años). Nos alejamos de la opinión de que este cuadro sea meramente el concebido como psicosis tóxicas, sino que creemos más bien que, por nuestros datos clínicos, el consumo de sustancias es un desencadenante de una vulnerabilidad previa en estos sujetos. La sustancia más consumida resulta ser el cannabis. La intervención terapéutica debe ser prolongada y se utilizarán dispositivos intermedios tras la hospitalización.

## EL DIFÍCIL ENTRAMADO DE LAS CLASIFICACIONES DE TRASTORNOS MENTALES EN LA PRIMERA INFANCIA

J.L. PEDREIRA MASSA; S. GUTIÉRREZ; A. PÉREZ; P. LARRAURI; I. BARRERA; I. SAIZ. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

**Introducción:** La clasificación de los trastornos mentales de la primera infancia es un tema que no está resuelto.



to en la actualidad. Existen algunas clasificaciones que se están estudiando en la actualidad, pero no está generalizado su uso.

**Objetivo:** Revisar las clasificaciones para los trastornos mentales de la primera infancia.

**Material y métodos:** Se presenta un caso clínico complicado y complejo. Se realiza un intento de clasificación con cinco sistemas de clasificación de trastornos mentales: DSM-IV-TR; CIE-10-MIA; CIF; CFTMEA y NCCIP.

**Discusión y conclusiones:** Las clasificaciones generales resultan insatisfactorias e imprecisas para la clasificación de los trastornos mentales de la primera infancia. Tampoco la clasificación de discapacidades aporta soluciones. La CFTMEA puede ser útil por representar un modelo psicopatológico y dimensional, su excesiva dependencia teórica la hace de difícil aplicación. La NCCIP se está desarrollando. Se precisa profundizar más en comparaciones clínicas para obtener clasificaciones de los trastornos mentales en la primera infancia.

## Viernes 16 hrs. Salón de Actos

9

# AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL EN EL PACIENTE CON TDAH, LOS RESULTADOS ARROJADOS POR LOS POTENCIALES EVOCADOS ECPT-FEE-LING COINCIDEN CON LA CONDUCTA Y SE MODIFICAN SEGÚN LA DOSIS DE METILFENIDATO

M AGUILAR DOMINGO, FJ MANZANERA LÓPEZ; M MONTES DÍAZ; M NOMBELA GÓMEZ. CENTRO DE SALUD MENTAL DE CARAVACA (MURCIA); EAP Los Alcazares (Murcia); Hospital Santa María del Rosell (Cartagena)

**Objetivo:** probar si los cambios de la autorregulación por cambios mínimos de la dosis única de MF no sólo se reflejan en cambios de conducta involuntaria, sino que también en parámetros cuantitativos de latencias de los ERPs y de tiempos de respuesta en la tarea visual propuesta, así como variabilidad de reacción en un test estandarizado.

**Material y método:** Revisión de los últimos 100 pacientes entre 6 y 12 años, diagnosticados de TDAH en quienes se pudo realizar un qEEG y aplicar grabación de Potenciales evocados del tipo ECPT-f (Standard Emotional Continuous Performance Task). El niño tiene que apretar un botón del ratón, cuando la pantalla de la computadora muestra la cara de la misma persona y está enfadado/a, mientras grabamos su actividad cerebral, mediante gorros Electrocap, empleando sistema internacional 10/20, se registran los tiempos de reacción, su varianza, errores de omisión y comisión, latencias de sus ERPs. Se comparan todos los resultados así obtenidos, con los de 100 niños normales de la misma edad y sexo sin TDAH, ni otros trastornos neurológicos o psiquiátricos.

**Resultados:** existe una relación curvilínea entre la dosis única de MF y los valores de tiempo de reacción y varianza de TR en el test ECPT-f, diferenciando cambios mínimos de sólo 2.5 mg. Al parecer, los resultados coinciden con los cambios registrados por los ERPs.



**10 Conclusiones:** Se puede observar que en las grabaciones de ERPs, el tiempo de reacción y su varianza, la autorregulación de la conducta involuntaria en niños con TDAH es dependiente de cambios mínimos en la dosis de MF. La exactitud de la correlación según los tests de regresión múltiples aplicados, es de entre el 88 y el 92% en la muestra analizada, pero queda pendiente de estudio su estabilidad a largo plazo.

ción con hiperactividad de estos síntomas iniciales que se obtiene en nuestro estudio es bastante elevada en comparación con los porcentajes obtenidos en estudios anteriores. Consideramos que estas diferencias pueden ser debidas en parte a variables relacionadas con el tamaño de la muestra y con la menor longitud temporal utilizada para realizar la comparación.

## ESTABILIDAD TEMPORAL DE LOS SÍNTOMAS DE HIPERACTIVIDAD EN LA INFANCIA

MARTÍNEZ GIMÉNEZ RAQUEL; GRACIA LISO REBECA; ROS RIBES LAURA; PÀMIAS MASSANA MONTSERRAT. Corporacio Sanitària Parc Taulí

**Objetivos:** Analizar la estabilidad temporal de los síntomas de hiperactividad en la muestra disponible.

**Método:** la muestra se compone de 43 niños de 1 a 12 años que cumplen los siguientes requisitos: a) haber sido atendidos en el año 2003 en el Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (CDIAP) por presentar síntomas de hiperactividad y b) haber consultado en el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil durante el año 2009. A partir de la revisión de las historias clínicas se recogieron los síntomas y diagnósticos de los pacientes en estos dos momentos temporales (2003 y 2009). Para la obtención de los resultados se ha utilizado un análisis de frecuencias.

**Resultados:** El 90.7% de la muestra son varones, siendo la ratio por sexo de 1:10. La media de edad de los pacientes cuando consultaron por primera vez en CDIAP fue de 30,34 meses ( $\pm 10,44$ ; rango: 12 -58). La media de edad actual es de 9,79 años ( $\pm 1,2$ ; rango: 7-12). El porcentaje de concordancia entre los síntomas de hiperactividad y el posterior diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es del 48,8%. En el 51,2% restante de la muestra el diagnóstico actual es de Trastorno del Lenguaje (11,6%), Trastorno del Espectro Autista (9,3%), Trastorno de Ansiedad (9,3%), Trastorno de Conducta (7%), Trastorno Adaptativo (4,7%) y Otros (9,3%).

**Discusión:** La estabilidad de los síntomas de hiperactividad y la evolución hacia Trastorno por déficit de aten-

## ESTABILIDAD DEL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD REALIZADO POR NEUROPEDIATRÍA TRAS LA EVALUACIÓN EN UN SERVICIO DE SALUD MENTAL

SERRANO DROZDOWSKYJ E.; MARTÍN CALVO M.J.; PÉREZ MORENO R.; DROZDOWSKYJ PALACIOS A.; SÁNCHEZ PICAZO F.; GARCÍA LÓPEZ R.; JIMÉNEZ C.; OTERO PÉREZ J. CSM Collado-Villalba. Hospital Puerta de Hierro. Majadahonda

**Objetivos:** El TDAH es uno de los trastornos psiquiátricos más prevalentes en muestras clínicas tanto en Servicios de Salud Mental como en los de Neuropediatría. Tratamos de estudiar los pacientes derivados a este Servicio que tienen un diagnóstico previo emitido por especialista en Neuropediatría y si el diagnóstico es coincidente o no con el que realiza el especialista en Psiquiatría.

**Métodos:** Se selecciona una muestra de pacientes nuevos con edades comprendidas entre 0 y 18 años que han acudido consecutivamente a una primera consulta en este Servicio de Salud Mental entre los meses de septiembre de 2009 y diciembre de 2009. Se elabora una ficha de recogida de datos donde, además de los datos sociodemográficos, se recogen otros clínicos, incluido motivo de consulta/diagnóstico de sospecha, origen de la demanda, antecedentes y otros además del diagnóstico definitivo tras las consultas de evaluación psiquiátrica (máximo 3).

**Resultados:** El número total de la muestra fue 80 pacientes. El número de pacientes derivados por sospe-



cha de TDAH fue 18 (22,5%), con diagnóstico previo por Neuropediatría en 8 casos (44,4%). De este último grupo, se confirmó el diagnóstico en 2 casos (25%): 1 subtipo combinado y 1 NOS. Tres casos abandonaron el seguimiento antes del diagnóstico definitivo (37,5%). En el resto, los diagnósticos realizados fueron trastorno oposicionista desafiante (12,5%), trastorno mixto de conductas y emociones (12,5%) y trastorno orgánico cerebral (12,5%). El 50% ya habían iniciado el tratamiento para el TDAH. Ninguno inmigrante (frente al 17,5% de la muestra), el 87,5% de familias estructuradas, niveles de estudios universitarios en el 75% y con antecedentes psiquiátricos en el 50%.

**Conclusiones:** El TDAH es un trastorno prevalente en las consultas de Psiquiatría Infantil y es necesaria la evaluación de un médico especialista en Psiquiatría para un diagnóstico diferencial y de comorbilidad.

## PERFILES DE LA WECHSLER INTELLIGENCE SCALE FOR CHILDREN – FOURTH EDITION EN PACIENTES REMITIDOS PARA EVALUACIÓN DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD/IMPULSIVIDAD

ORTIN PERALTA A.; TORRES GIMÉNEZ A.;  
SERRANO TRONCOSO E.; ALDA DIEZ JA.; ORTIZ  
GUERRA JJ.; PETITBO RAFART MD.; SAN MOLINA  
L. Hospital Sant Joan de Deu

**Objetivo:** Replicar un estudio sobre los perfiles del WISC-IV en niños remitidos para evaluación al Programa Especializado de TDAH infanto-juvenil, realizado durante el 2008.

**Método:** Actualmente, continúa el proceso de ampliación de la muestra de pacientes TDAH. El diagnóstico clínico se establece de acuerdo a los criterios del DSM-IV. La muestra inicial fue de 41 pacientes (Media Edad: 9.8; SD: 2.23). La evaluación psicométrica se realiza con la Revised Conners' Parent and Teacher Rating Scales

(CPRS-R, CTRS-R) y el WISC-IV. La asociación entre WISC-IV y Escalas Conners se realiza con la Correlación de Pearsons. El Análisis de Conglomerados de K-Medias se utilizará para identificar grupos homogéneos basados en similitudes en síntomas comportamentales y rendimiento cognitivo.

**Resultados:** Estudio inicial: la media del nivel intelectual de la muestra (CIT=93.5) fue significativamente inferior a la poblacional. Se observó una tendencia a obtener puntuaciones más bajas en Dígitos, Aritmética, Claves y Búsqueda de Símbolos. La media de las puntuaciones T del CPRS fue significativamente elevada en todas las subescalas de TDAH y la media de las puntuaciones T del CTRS se situó en el rango subclínico.

Se seleccionaron dos grupos por el análisis de conglomerados: 1) Hiperactivo/impulsivo + conducta negativista-desafiante: puntuaciones más elevadas en la CPRS y CTRS y homogeneidad en las subescalas del WISC-IV. 2) Inatento + problemas de aprendizaje: puntuaciones medias-altas en el CPRS y CTRS, altas en razonamiento perceptivo, ligeramente bajas en Comprensión Verbal, y bajas en Memoria de Trabajo y Velocidad de Procesamiento.

**Conclusión:** El objetivo será replicar estos resultados con la finalidad de subsanar una de las debilidades del estudio anterior: el tamaño muestral, y contribuir a clarificar la existencia de perfiles del WISC que faciliten el diagnóstico clínico.

## EFICACIA DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN PAUTAS DE MANEJO DE CONDUCTA PARA PADRES DE NIÑOS CON TDAH: COMPARACIÓN DE RESULTADOS ENTRE NIÑOS Y ADOLESCENTES

REINA LÓPEZ NURIA; NOVO PATRICIA; BÉCARES MARTA; BINELLI CYNTHIA; QUEROL MIREIA;  
PIERA EULÀLIA; SOLÉ PILAR; PÀMIAS  
MONTSERRAT. Corporació Sanitària Parc Taulí

**Introducción:** Según las diferentes guías de práctica clínica que recogen los tratamientos basados en la evi-



- 12 dencia y las recomendaciones de buena práctica, la intervención que se ha mostrado efectiva en el TDAH infantil, especialmente en los casos en que se presenta comorbilidad con síntomas externalizantes (conductas disruptivas, impulsividad, agresividad, oposicionismo) es el tratamiento combinado de psicofármacos y entrenamiento en pautas cognitivo-conductuales de manejo de conducta para los padres.

**Objetivo:**

*Objetivo principal:* Evaluar la efectividad de la intervención psicoeducativa y entrenamiento técnicas cognitivo-conductuales de manejo de conducta para padres de niños con TDAH.

*Objetivo secundario:* Comparar los resultados entre dos subgrupos: 1) niños (de 5 a 11 años); 2) adolescentes (de 12 a 17 años).

**Métodos:** Antes y después de las 10 sesiones de frecuencia semanal de entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales de manejo de conducta para padres de niños con TDAH en formato grupal, se administraron dos cuestionarios de medida: el Conners para padres (CPRS) y el Child Behaviour Checklist (CBCL 4-18). La muestra está compuesta por padres de niños diagnosticados de TDAH de edades comprendidas entre los 5 y los 17 años y atendidos en la Unidad de TDAH del Hospital Parc Taulí.

**Resultados y conclusiones:** Los resultados, discusión y conclusiones correspondientes serán presentados durante el congreso, ya sea en forma de póster o comunicación oral.

## CAMBIOS EN LA PREVALENCIA DE DIAGNÓSTICO Y MODALIDAD DE TRATAMIENTO DEL TDAH EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. ESTUDIO NATURALÍSTICO EN LOS CSM DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID (1996-2006)

**CARBALLO JUAN JOSÉ; BLASCO-FONTECILLA HILARIO; LÓPEZ-CASTROMAN JORGE; BACA-GARCÍA ENRIQUE.** Unidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Servicio de Psiquiatría. Fundación Jiménez Díaz de Madrid

**Introducción:** Estudios epidemiológicos en diferentes países y culturas han estimado una prevalencia del TDAH entre el 5-10% según criterios DSM-IV y entre el 1-2% según criterios de la CIE-10. Sin embargo, existen pocos estudios que indiquen la prevalencia del diagnóstico en los dispositivos asistenciales (prevalencia administrativa).

**Objetivos:** Determinar la prevalencia administrativa anual de TDAH y la modalidad de tratamiento que recibieron los niños y adolescentes con TDAH en los CSM de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM) desde 1996 al 2006.

**Métodos:** Se utilizó el Registro Acumulativo de Casos de la CAM. De este registro regional se identificó a 149.563 niños y adolescentes tratados en los CSM de la CAM durante el período de estudio. Se consideraron pacientes con TDAH aquellos que recibieron alguno de estos diagnósticos CIE-10: F90.0, F90.1 F90.8 ó F90.9. La prevalencia administrativa se calculó dividiendo el número de pacientes con TDAH atendidos en los CSM de la CAM entre el número de sujetos entre 0 a 17 años recogidos cada año por el Censo de la CAM. Se compararon las modalidades de tratamiento registrados.

**Resultados:** Se observó un aumento estadísticamente significativo de la prevalencia administrativa de TDAH en los CSM de la CAM desde el año 1996 (0.096% IC[0.096-0.097]) hasta el año 2006 (0.176% IC[0.176-0.176]). Este aumento se observó en ambos sexos, así



como en los grupos de edad de niños (6-12 años) y de adolescentes (13-17 años). Por otro lado, se encontró un aumento estadísticamente significativo de la frecuencia de tratamientos combinados (psicológico y psicofarmacológico) (17.2% IC[14.85-17.06] en 1996 vs 36.1% IC[34.00-36.07] en 2006).

**Conclusión:** En los últimos años ha aumentado la prevalencia del diagnóstico y tratamiento combinado del TDAH en los CSM de la CAM. Sin embargo, el número de pacientes tratados en estos dispositivos es menor a lo esperado según los estudios epidemiológicos.

## ABORDAJE INTEGRAL DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD. UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

GUTIÉRREZ NAVARRO ANA MARÍA; SÁNCHEZ CABALLERO RAHUEL; HERNÁNDEZ OTERO ISABEL; LÓPEZ ROMERO M<sup>a</sup> JOSÉ; SÁNCHEZ GIL LUISA. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J) Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

**Introducción:** El TDAH es uno de los trastornos más prevalentes en población infanto-juvenil, estimándose entre un 3-7% de la población general. La recomendación terapéutica incluye tratamiento farmacológico y psicoterapia reglada, que incida en habilidades sociales y mejora de autoestima, dos áreas que han demostrado ser deficitarias.

**Objetivos:** Presentamos los resultados del programa específico desarrollado en nuestra Unidad durante un curso escolar con periodicidad quincenal para niños con TDAH.

**Material y Método:** Un total 35 tomaron parte en el estudio. Se administraron los siguientes cuestionarios: Test de Conners (CPRS), Test de Conners para profesores, Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ), Batería de socialización (BAS-I), Cuestionario de Depresión Infantil (CEDI) y TDAH-IV (ADHD- Rating Scale). Se administró cuestionario ZADIT (hábitos de vida saludables) y cuestionario de carga familiar.

Asimismo, se realizaron entrevistas estructuradas con los padres donde se recogieron las expectativas respecto a la asistencia a programa grupal, que fueron transcritas y analizadas de manera cualitativa. Se administraron (re-test) todos los cuestionarios en la penúltima sesión del grupo y se analizaron los resultados con el paquete estadístico SPSS versión 12.0. Se elaboró un cuestionario específico para los padres donde se recogía su visión respecto a la utilidad del programa grupal y sugerencias para próximas intervenciones.

**Resultados:** Se observó una mejoría global a nivel clínico y en adherencia a tratamiento en todos los pacientes. La carga familiar disminuyó, y los padres valoraron positivamente la función de apoyo, la información sobre el trastorno (sesiones psicoeducativas) y las estrategias a nivel de modificación conductual. Mejoraron hábitos de vida saludable, socialización, y dificultades en entorno escolar y familiar.

**Conclusiones:** Nuestros resultados corroboran que el tratamiento del TDAH debe incluir no sólo intervención a nivel farmacológico sino también a nivel psicoeducativo, dada la mejoría global observada y en lo que respecta a adherencia a tratamiento.



14 **Viernes 16 hrs. Sala Castelao**

## PAPEL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE INFANTO-JUVENIL

**NARANJO DÍAZ M<sup>a</sup> CARMEN; TORRALBAS ORTEGA JORDI; ARIAS NÚÑEZ ELOÍSA; PUNTÍ VIDAL JOAQUIM; PALOMINO ESCRIVÁ JEZABEL; GRACIA LISO REBECA; PUJALS ALTES ELENA; ARJONA ROVIRA CAROLINA MARÍA; GRANERO LÁZARO ALBERTO; PÀMIAS MASSANA MONTSERRAT; FERNÁNDEZ SOLANO JULIANA.** Corporación Sanitaria Parc Taulí de Sabadell

**Objetivo general:** Describir los resultados de la intervención de enfermería en el programa TMG (trastorno mental grave).

**Objetivos específicos:**

Describir el perfil de los usuarios con TMG.

Determinar la prevalencia de los diagnósticos enfermeros dentro del programa TMG.

**Metodología**

Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo.

Población: usuarios con diagnóstico de TMG atendidos en nuestro centro en el periodo de un año.

Muestra de 193 pacientes de los 5 a los 18 años.

Exploración funcional y familiar mediante una valoración de enfermería inicial y reevaluación semestral, elaborando planes de cuidados, detección de necesidades no cubiertas de cada paciente, así como capacidad de cuidados en el medio familiar.

**Resultados:** Las diferentes intervenciones de la enfermera dentro del programa TMG, favorecen la continuidad asistencial del paciente por los diferentes dispositivos (Hospital de día, Unidad de crisis adolescente), pudiendo detectar situaciones de empeoramiento o crisis.

Diagnósticos TMG con mayor prevalencia en nuestro centro:

41,4% Trastorno mixto del desarrollo.

22,8% Autismo.

16,6% Síndrome de Asperger.

Un 17,1 % recibieron el alta del programa por estabilidad o mejora un 4% pasaron al programa TMS de adultos.

Se describen los porcentajes de diagnósticos enfermeros con mayor prevalencia en los usuarios atendidos.

**Conclusiones:** La enfermera puede contribuir a unir las diferentes visiones profesionales: la educación sanitaria y el trabajo en equipo son fundamentales a la hora de conseguir objetivos terapéuticos a lo largo del continuo de promoción, prevención y tratamiento. El desarrollo de estrategias para promover y mejorar la Salud Mental de los niños con TMG es de una importancia fundamental para el posterior desarrollo individual y social. Aumentar las visitas domiciliarias y crear grupos educativos dirigidos por enfermeras a pacientes y familias con TMG son propuestas de futuro para aumentar la calidad de nuestros cuidados.

## DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE SOPORTE A PRIMARIA DESARROLLADO EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMARCA DEL ALT PENEDÉS POR EL CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL ALT PENEDÉS

**GONZÁLEZ VIGO BEATRIZ; ORTÍN PERALTA A.; FIGUEROA DENCHE N.; BLANC BETES M.; REINA OLMO V.; MORUNO ARENA F.** Hospital Sant Joan de Déu

**Objetivos**

Describir el Programa de Soporte a Primaria (PSP).

Explicar su desarrollo en los Equipos de Atención Primaria (EAP) de la Comarca del Alt Penedés.

Detallar la actividad realizada por el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) Alt Penedés durante el 2009.

**Descripción del programa**

El Programa de Soporte a Primaria (PSP) se integra en el Pla Director de Salut Mental i Adiccions de la Generalitat de Catalunya. Se basa en un Modelo Asistencial de Integración.

En la Comarca del Alt Penedés está siendo desarrollado por el CSMIJ Alt Penedés (Hospital Sant Joan de Déu) desde 2007.



Objetivos del PSP:

1. Mejorar la detección y tratamiento de los pacientes con patología mental desde Primaria
2. Mejorar la formación de los médicos y sus habilidades para su abordaje
3. Promover el seguimiento de la patología mental más leve desde Primaria

Actividades a desarrollar:

- Visitas conjuntas de pediatra/médico de familia y psicólogo/psiquiatra
- Visitas especializadas y devolución de pautas al médico referente
- Sesiones formativas
- Interconsulta

Tres profesionales del CSMIJ se desplazan a los EAPs, 10 horas/semana, llevando a cabo dichas actividades. Se realizan sesiones mensuales de 1 hora, sobre diversos temas.

Criterios de la problemática a abordar desde Primaria:

- 1) Ausencia de psicopatología mental grave, 2) Adaptación al entorno, 3) Pacientes/familias con adecuados recursos psicológicos.

Actividad asistencial 2009:

Total: 175

Visitas Clínicas: 75,9%- Derivación:

- PSP: 38,2%
- CSMIJ: 37,7%

Interconsultas: 1,7%

No registradas: 22%

**Discusión**

Desde la puesta en marcha del PSP, dificultades como la elevada demanda asistencial y la falta de criterios unánimes han dificultado su total implantación. Es cierto que los resultados son cada vez más satisfactorios, pero sería deseable promover las visitas conjuntas para una completa coordinación médicos/clínicos.

## LIVING LAB SOCIAL, PROYECTO ADHERIDO A LIVING LAB SALUD ANDALUCÍA. ¿SON FELICES LOS MENORES EN RIESGO?

**FERNÁNDEZ ROSADO FRANCISCO JOSÉ; OUARIDI DADI AOUICHA; LUQUE GARCÍA SALVADOR; CAMACHO CAMPOS JOSÉ ANTONIO; TORRES PRIETO MARÍA ISABEL; ALBA CHORAT SUSANA; BLANCO CASTAÑEDA EVA. UGC Zona Norte de El Puerto de Santa María. UGC Montealegre y UGC Jerez Centro de Jerez de la Frontera**

El 7,9% de los niños y el 19,7% de las niñas sufren abusos sexuales según un meta-análisis de 2009 realizado en 22 países, en el 80% por un familiar. El 80% de las fracturas óseas en los niños que sufren abusos sexuales se produce en menores de 18 meses. La pobreza de larga duración en los niños afectan la salud física, la capacidad cognitiva, el rendimiento escolar y social, son más propensos a experimentar una nutrición inadecuada, peor acceso a la atención de salud, menos oportunidades de aprendizaje, escuelas de baja calidad, violencia familiar o de otro tipo, mas riesgo de sufrir contaminación ambiental, los padres pobres dedican menos tiempo a leer a sus hijos, menos tiempo hablando con ellos, y menos tiempo visitando museos y bibliotecas con ellos. Casi la mitad de todos los jóvenes que iniciaron graves actos de violencia antes de los 11 años continúa más allá de los 20 años. Existen importantes déficit en la memoria de trabajo en niños con nivel socioeconómico medio y bajo, los niños y sus padres de bajos ingresos se beneficiaron de ayudas al aprendizaje. Los profesionales realizan una atención estereotipada a estas familias.

**Objetivos:** Buscar una atención social más costo-eficiente. Aumentar el compromiso de los profesionales en mejorar los cuidados de los menores, como forma de romper el círculo vicioso que sufren las familias con desigualdades sociales. Facilitar el trabajo de los profesionales con el uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación TIC. Facilitar TIC a las familias.

**Población implicada:** Familias con problemas sociales y/o económicos con hijos menores de edad, con alto riesgo social o de salud.





**16 Metodología:** 1. Selección de las familias que entren en el proyecto: Cálculo de carga alostática de los menores y sus familiares. Informe de diferentes profesionales sobre riesgo social grave de las familias. 2. Facilitar recursos de videoconferencia y TIC entre las familias y los diferentes profesionales del espacio sociosanitario.

**Resultados esperados:** Aumentar los cuidados de los menores en situación de riesgo. Disminuir el estrés crónico de las familias. Disminuir maltratos y abusos a los menores. Aumentar las visitas virtuales a estas familias. Disminuir el síndrome de burn-out y la indefensión de los profesionales. Aumentar la costo-eficiencia de los recursos sociosanitarios.

**Conclusiones:** se discute el empleo del noveno arte como instrumento terapéutico, especialmente con niños y adolescentes en Counseling y terapia del juego (Rubin 2007; Brody, 2008) o en el TDAH con “La prueba” de Hormaechea, Uribarri y Garay (2007).

#### BIBLIOGRAFÍA

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

## PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA Y NOVENO ARTE

**RUIZ LÁZARO PEDRO MANUEL.** Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Universidad de Zaragoza

**Objetivo:** dar a conocer la relación existente entre Psiquiatría de la infancia y adolescencia y noveno arte: cómic, novela gráfica y sus posibles usos terapéuticos. Irina Efremova sugiere el uso del análisis psicopatológico de los héroes de la literatura y su aplicación al conocimiento de la condición humana para mejorar la ciencia de la Psiquiatría (Ruiz-Lázaro, 1999).

**Método:** revisión de textos de noveno arte.

**Resultados:** sin caer en el error de ver enfermos por doquier cuando la visión de la cultura se acerca a la Medicina (Brenot, 1998) los personajes de los cómics y novelas gráficas presentan trastornos mentales y del comportamiento de inicio en la infancia y adolescencia. Como el autismo en “The ride together” o “El viaje juntos” de Paul y Judi Karasik (2003) o “Emotional World Tour” de Miguel Gallardo y Paco Roca (2009) o “María y yo” de Gallardo (2007) o los trastornos alimentarios en “No te quiero pero...” de Fermín Solís (2004) o “Lucille” de Ludovic Debeure (2006). O la adolescencia en “Brooklyn dreams” de JM De Matteis & Glenn Barr (2003). O un trastorno de adaptación en la infancia en “Stitches” de David Small (2009) o de estrés postraumático en Batman, probablemente el superhéroe más estudiado por psiquiatras como en “Batman visto por un psiquiatra” (Ramos 2000, 2006).

## CHILD BEHAVIOR CHECK-LIST (CBCL) COMO PREDICTOR DEL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO INFANTIL Y JUVENIL

**DUÑO AMBRÓS LOURDES; IBÁÑEZ MARTÍNEZ NURIA; BATLLE VILA SANTIAGO; CAMPRODÓN ROSANAS ESTER; ACEÑA DÍAZ MARTA; SIBINA GARCÍA SALVADOR; ESTRADA PRAT XAVIER; MARTÍN LÓPEZ LUÍS MIGUEL.** Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil Sant Martí Sud.

**Introducción:** El Child Behavior Check-List (CBCL Achenbach) versión padres (Achenbach, 1991), es un instrumento que se administra a los padres de los niños y adolescentes con problemas de comportamiento. El CBCL consiste en nueve escalas de comportamiento agrupados en tres grandes dimensiones: externalizante, internalizante y mixto, para ambos sexos y con edades comprendidas entre 4 y 18 años. Es un instrumento estandarizado, basado en la observación dentro de un sistema de evaluación clínica dimensional. La puntuación visualiza un perfil de comportamiento individual que compara el individuo evaluado en relación a patrones normativos en función de la edad y sexo. El resultado tiene una finalidad clínica y valora también resultados de la intervención.

**Objetivo:** El objetivo de este estudio es encontrar relación estadísticamente significativa entre diferentes trastornos mentales según CIE10 y las escalas del CBCL de Achenbach.



**Método:** Se trata de un estudio observacional descriptivo con un muestreo probabilístico de conveniencia. Se ha diseñado un estudio correlacional analizando las respuestas proporcionadas por los padres al cumplimentar el CBCL y comparándola entre el grupo sin patología, un trastorno en particular y un grupo restante que engloba el total de los trastornos psiquiátricos.

**Resultados:** El total de la muestra está formada por 289 pacientes atendidos en un centro de salud mental infanto-juvenil, con edades comprendidas entre 5 y 18 años, de los cuales 41 no padecen ningún trastorno psiquiátrico. Los resultados de la prueba Chi-Cuadrado señalan diferencias altamente significativas en: 1.- TDAH (n=47) en las escalas de Problemas de Atención (0,000) y Conducta Delincuente (0,047). 2.- Trastornos Disociales (n=26) en las escalas Conducta Delincuente (0,002) y Conducta Agresiva (0,010). 3.- Trastornos de Ansiedad (n=38) en la escala de Problemas de Atención (0,005) y por último en los Trastornos Generalizados del Desarrollo (n=9) en la escala Problemas Sociales (0,003). No se encontraron diferencias en los Trastornos de Adaptación (n=36), en el Episodio Depresivo (n=10), en los TOC (n=12) ni en el Retraso Mental (n=12).

**Conclusiones:** Estos resultados, al igual que otros estudios similares, sugieren que el CBCL resulta ser un instrumento de cribaje óptimo para los diagnósticos de TDAH, Trastornos disociales y en los Trastornos de Ansiedad. El hecho de que en otros grupos diagnósticos no se haya podido sacar conclusiones, se debe en parte a que la muestra es insuficiente.

## PROTOCOLIZACIÓN DE LA ASISTENCIA EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE. APLICACIÓN DE SISTEMAS OMR EN LAS VALORACIONES AUTOADMINISTRADAS Y EN EL DESARROLLO DE PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE ATENCIÓN

**CARBALLO JUAN J; LEGIDO TERESA; LUCIA; MATA LAURA; MUÑOZ LAURA; GONZÁLEZ MARTA; BLASCO-FONTECILLA HILARIO; LÓPEZ-CASTROMAN JORGE; BACA-GARCÍA ENRIQUE.**  
**Fundación Jiménez Díaz**

### Objetivos

1. Presentar el desarrollo de un protocolo de evaluación estructurado y autoaplicado utilizado en las consultas externas de psiquiatría infantil y de la adolescencia de nuestro centro asistencial.
2. Mostrar la inclusión de los resultados de la evaluación protocolizada en la práctica clínica diaria.
3. Informar sobre los resultados del protocolo de evaluación de un programa específico de asistencia (TDAH y otros trastornos externalizantes).
4. Informar sobre el uso potencial en investigación y de colaboración de la información obtenida a través de estos protocolos

**Métodos:** Se desarrolló un protocolo de evaluación estructurado general de la primera consulta a nuestra Unidad. Dependiendo del diagnóstico clínico asignado al paciente se le incluía en un programa específico de atención. Cada programa específico dispone de evaluaciones sucesivas protocolizadas que incluyen secciones que son autocumplimentadas de forma independiente por los padres/tutores legales, profesores, los propios pacientes y por el personal facultativo. Los protocolos se han diseñado con la técnica OMR (Optical Mark Recognition) que captura datos procedentes de documentos rellenos de forma manual y se ha utilizado el paquete software Remark Office OMR en su procesamiento.

**Resultados:** Una vez que la imagen es procesada, los resultados de las evaluaciones protocolizadas son accesi-



18 bles al facultativo responsable del caso. Como ejemplo, se mostrarán los resultados pertenecientes al programa específico de TDAH y otros trastornos disruptivos. Los pacientes incluidos en este programa reciben una evaluación protocolizada que puede ser revisada rápida y cómodamente por los facultativos responsables del caso y que permite una monitorización de la evolución de los pacientes homogenizada. El comité ético de nuestro centro asistencial ha aprobado un proyecto de investigación clínica para el desarrollo de un banco de datos para el estudio evolutivo de los pacientes tratados en nuestra unidad.

**Conclusión:** El desarrollo de protocolos asistenciales autoadministrados mediante el empleo de programas software específicos puede ser una herramienta útil en la práctica clínica diaria que ayude al clínico en la evaluación prospectiva de los pacientes. Además, puede favorecer el desarrollo de una homogenización de la asistencia lo que ofrece una oportunidad para colaborar en investigación. Es necesario conocer las ventajas e inconvenientes de cada tipo de dispositivo tecnológico.

---

**Sábado 9 hrs. Salón de Actos****TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES PSIQUIÁTRICOS Y SU REPERCUSIÓN EN LOS INGRESOS HOSPITALARIOS**

**MAGALLÓN NERI E.; CANALDA SAHLI G.; DE LA FUENTE SÁNCHEZ JE.; FORNS SANTACANA M.; GARCÍA CALVO R.; GONZÁLEZ MARÍN E.; CASTRO FORNIELES J. Hospital Clinic de Barcelona**

La presencia de un trastorno de personalidad (TP) comórbido impone un gasto significativo de servicios hospitalarios. Sin embargo, la información acerca de este impacto en adolescentes que presentan patología de la personalidad es limitada.

**Objetivo:** Examinar la relación entre los TP y variables asociadas a los ingresos hospitalarios (número de ingresos, total de estancia general, promedio de días por ingreso, y admisiones en hospital de día).

**Método:** Los módulos CIE-10 y DSM-IV de la entrevista semi-estructurada IPDE (International Personality Disorders Examination) fueron administrados, en una muestra de 107 pacientes psiquiátricos adolescentes (M=15.8, DT=0.8 años; rango 15-17; 79% mujeres).

**Resultados:** El grupo de patología de personalidad (GPP) identificado por el IPDE (37%-41%) mostró significativamente un mayor número ( $p<.001$ ) de ingresos hospitalarios (M=1.48) respecto al grupo sin patología de la personalidad (M=0.57), pero no un significativo mayor número de ingresos en hospital de día. En la presente muestra entre un 30% y un 38% de los ingresos mostraron un TP del Cluster B. Entre más ingresos presentaba un paciente más probabilidad tenía de pertenecer al GPP.

**Conclusiones:** Los pacientes con TP tienden a consumir más servicios psiquiátricos relacionados con los ingresos hospitalarios, pero no así en ingresos de hospital de día.



## HABILIDADES DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN EN ADOLESCENTES INGRESADOS EN HOSPITAL DE DÍA. EVALUACIÓN Y ANÁLISIS

**ARIAS NÚÑEZ ELOÍSA; PALOMINO ESCRIVÁ JEZABEL; TORRALBAS ORTEGA JORDI; PUNTÍ VIDAL JOAQUIM; NARANJO DÍAZ M<sup>a</sup> CARMEN; PUJALS ALTES ELENA; GRACIA LISO REBECA; LORENZO CAPILLA ÁNGEL; MERODIO RUIZ IGOR; PÀMIAS MASSANA MONTSERRAT; GISBERT GUSTEMPS LAURA.** Hospital de Día de Adolescentes de Salud Mental. Parc Taulí. Sabadell (Barcelona)

**Objetivos:** La Evaluación de las Habilidades de Comunicación e Interacción (ACIS), es una herramienta observacional de Terapia Ocupacional que aporta datos sobre la habilidad de una persona al interactuar con otros, durante el desempeño de una tarea y dentro de un grupo social. En la adolescencia, la interacción social cobra gran importancia. Las relaciones positivas con iguales facilitan la adquisición de habilidades para desempeñar una vida autónoma futura. El objetivo es:

- Analizar las habilidades de comunicación e interacción que muestran los adolescentes ingresados en Hospital de Día al interactuar con otros iguales.

### Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo.

La población de estudio son 50 adolescentes, entre 12 y 17 años, ingresados en Hospital de Día, durante el 2009. Se utiliza, como herramienta de evaluación, la ACIS, que se administra el tercer día del ingreso, cuando el joven ya conoce el recurso. Esta escala evalúa 40 ítems, y cada habilidad es graduada de acuerdo a una escala tipo likert que va del desempeño competente (p4), a un déficit severo (p1).

**Resultados:** De los datos recogidos, es importante destacar:

- El tercer cuartil de los adolescentes con Retraimiento Social tienen una puntuación global <45 p. en la ACIS.

**Conclusiones:** Es importante valorar las habilidades de comunicación e interacción en aquellos adolescentes con limitaciones para poder intervenir eficazmente. La ACIS ha mostrado ser eficaz en la evaluación del retraimiento social. Es una herramienta de fácil aplicación y

sensible al cambio, por lo que puede utilizarse para evaluar al adolescente en sus interacciones sociales durante el ingreso.

## PERFIL PSICOPATOLÓGICO DE LOS ADOLESCENTES DEL CENTRO RESIDENCIAL DE EDUCACIÓN INTENSIVA (CREI) CAN RUBIÓ ATENDIDOS POR EL EQUIPO CLÍNICO DEL HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU DE BARCELONA

**ORTIN PERALTA A; MARÍN GORMAZ A.; PERUZZI LLORENS S.; MUÑOZ SAMONS D.; GODRID GARCÍA M.; ALDA DIEZ JA.** Hospital Sant Joan de Deu

**Objetivo:** Describir el perfil psicopatológico y demográfico de los adolescentes que residen en el CREI Can Rubió durante el 2009.

**Método:** La muestra está compuesta por 39 residentes. El diagnóstico clínico y capacidad intelectual se establecen de acuerdo a los criterios del DSM-IV y la Wechsler Intelligence Scale for Children - Fourth Edition (WISC-IV).

**Resultados:** Centro semi-abierto de 25 plazas destinado a adolescentes (12-17.11 años) con trastorno mental grave, tutelados por la Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia. Dispone de colegio, talleres y atención especializada realizada por el equipo clínico infantil del Hospital Sant Joan de Déu: 3 psiquiatras, psicóloga clínica y enfermero especialista. La estancia máxima recomendada es de 24 meses.

El total de residentes fue 39, entre 13 y 21 años (Media: 16.38; DT=1.94): 59% chicos, 41% chicas; 82.1% menores, 17.9% mayores de edad.

En diciembre 2009, la estancia máxima/mínima: 81/1 meses (Media: 21.15; DT: 20.71). Movilidad poblacional: 12 ingresos, 2 reingresos; 10 desinternamientos (3 familia, 7 centro) y 4 fugas. Ocupación mensual del 100%.

**Diagnósticos:** Eje I: Trastorno comportamiento per-



20 turbador: 17.9%, Psicosis no especificada: 23.1%, Trastorno esquizofrénico: 7.7%, Trastorno estado de ánimo: 7.7%, Trastorno esquizo-afectivo: 5.1%, Trastorno espectro autista: 5.1%, Trastorno aprendizaje: 30.8%, sin diagnóstico: 2.6%. Eje II: TP límite: 20.5%, TP dis/antisocial: 25.6%, TP obsesivo-compulsivo: 2.6%, sin TP: 51.3%. CI normal: 12.8%, CI límite: 30.7%, RM leve: 46.1%, RM moderado: 10.2%. Se especificarán las comorbilidades más frecuentes.

El 12.8% fue remitido a unidades de ingreso (Itaka - Hospital Sant Joan de Déu, UCA - Hospital Benito Menni de Sant Boi, Hospital Sagrat Cor de Martorell).

**Discusión:** El perfil de los residentes de Can Rubió ha ido cambiado desde su inicio (1991). Destacando el 17.9% de adultos y los 81 meses de estancia. Se pretende iniciar un seguimiento exhaustivo de la evolución del mismo para ajustar mejor las necesidades de los usuarios.

## PROBLEMÁTICA EN EL DESARROLLO AFECTIVO-SEXUAL EN ADOLESCENTES CON PSICOPATOLOGÍA: UN RETO EN LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

GUDE SAIÑAS RAQUEL; GUDE SAIÑAS RAQUEL;  
FERNÁNDEZ PEREIRA REBECA; RODRÍGUEZ  
POUSADA VANESA. Centro de Atención Específica  
Montefiz

Durante los años 2008 y 2009 hemos estado desarrollando un trabajo de investigación que surge del interés de “establecer cual es el perfil psicopatológico de los adolescentes, la relación existente con la problemática de desarrollo afectivo-sexual, y los factores de riesgo a los que están expuestos los menores”, para ello, tomamos como muestra a los usuarios del C.A.E. Montefiz, único Centro Terapéutico para menores de reforma existente actualmente en Galicia.

**Objetivos:** Definir el perfil psicopatológico, la problemática en el desarrollo afectivo-sexual, y factores de riesgo de los menores.

**Metodología:** El material utilizado consta del registro

de usuarios ingresados en el Centro desde el año 2001 hasta la finalización de la investigación, para así definir las variables: edad, género, diagnóstico, tipo de familia, nivel socioeconómico, abusos, embarazos, actitudes hacia la sexualidad.

**Resultados:** Gravedad de los cuadros psicopatológicos de los usuarios del Centro. Nos encontramos con la estructuración de personalidades de tipo patológico. La mayoría son organizaciones límite (45.5%) pero también es destacable la cada vez mayor presencia de organizaciones psicóticas (13.39%). Cada vez un mayor porcentaje de menores que han sufrido situaciones de abuso hasta alcanzar un actual 53.3%, sobre todo al interior del núcleo familiar. Dificultades para trabajar el trauma psíquico, afectando gravemente al desarrollo afectivo sexual de los adolescentes. La problemática familiar disfuncional está presente de forma significativa en los internamientos, siendo la violencia familiar el delito cometido en un 52% de los usuarios. Existe una tendencia a la transversalidad social de la problemática.

**Conclusiones:** Posible agravamiento del cuadro psicopatológico en casos de menores que padecieron abusos durante la infancia. Necesidad de un programa de intervención clínica amplio que incluya un programa afectivo-sexual adecuado a los usuarios. Necesidad de un equipo multidisciplinar cualificado y motivado, y con acceso a procesos formativos y de desarrollo personal continuos, individuales y grupales.

## TRABAJANDO CON ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE ALTO RIESGO: MODELO DE TERAPIA BREVE DEL MENTAL RESEARCH INSTITUTE

OTERO CUESTA SORAYA. Hospital Universitario  
Marqués de Valdecilla

Como parte del entrenamiento en el modelo de Terapia Breve orientada a problemas del Mental Research Institute, se incluye un programa de “counselling” con adolescentes de la East Palo Alto High School, California, que provienen de un barrio marginal y con graves problemas de delincuencia, inmigración y exclusión social.



**Objetivos:** Identificar los aspectos más eficaces en el trabajo con adolescentes en situación complicada.

**Metodología:** Estudio cualitativo. Encuesta/discusión grupal entre los terapeutas que participan en el programa, para identificar los aspectos más útiles en el trabajo con adolescentes.

**Resultados:** Se distinguen dos grupos: adolescentes con demandas propias, la mayoría en relación con trastornos por estrés, mayoritariamente chicas, y un segundo grupo con demandas de otros, normalmente profesores, más raramente padres, por problemas de conducta, que acuden “obligados” a las sesiones, la mayoría chicos. Los aspectos más importantes que se consideran más importantes son: identificar al verdadero cliente, establecer adecuada relación terapéutica, explorar posibles motivaciones al cambio, adolescentes motivados versus modelo de intervención, utilizar el lenguaje del adolescente evidenciar desajustes entre “derivantes” y derivado, propuesta de mínimo cambio, “one down position”.

**Conclusiones:** En los adolescentes en situaciones de riesgo que hacen demandas “propias”, lo esencial es establecer una buena relación terapéutica desde el principio, lo que va a garantizar una buena adherencia terapéutica. Cuando la demanda proviene de un tercero es fundamental afinar las estrategias de comunicación e intervención y transformar la demanda de terceros en propia como paso previo para trabajar para el cambio.

## PERFIL DEL ADOLESCENTE MIGRANTE EN UNA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA INFANTO- JUVENIL

PÉREZ CABEZA LUCÍA; FERNÁNDEZ RIVAS  
ARANZAZU; RAHMANI REDA; OLAZÁBAL  
EIZAGUIRRE NORA; RINCÓN GARCÉS TALÍA;  
SANTIAGO GAMAZO ANGÉLICA; LANTARÓN  
RODRÍGUEZ JORGE; GONZÁLEZ TORRES MIGUEL  
ÁNGEL. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital  
de Basurto

**Objetivo:** En los últimos años se ha producido un aumento de la migración a países occidentales, observándose una mayor presencia en el ámbito hospitalario. Estudiamos el perfil de los adolescentes migrantes ingre-

sados en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil.

**Métodos:** Se analizaron todos los ingresos realizados en la Unidad Infanto-Juvenil del Hospital de Basurto (Bilbao), en un periodo de 56 meses, obteniéndose una muestra total de 431 ingresos (36 inmigrantes, 395 autóctonos). Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, origen, motivo de ingreso, antecedentes personales, antecedentes familiares psiquiátricos y de consumo de tóxicos y valoración de la OAS (Overt Aggression Scale) referente a la semana previa al ingreso. Se realizó la comparación de variables mediante las pruebas T- Student y Chi-cuadrado.

**Resultados:** Las adolescentes migrantes están sobrerrepresentadas respecto a los varones ( $p=0,015$ ). Los migrantes consumen significativamente menos THC ( $p=0,04$ ), no existiendo diferencias en consumo de tabaco y alcohol. Las adolescentes migrantes y autóctonas consumen menos THC que los varones ( $p=0,000$ ), y las migrantes menos que las autóctonas ( $p=0,002$ ). Los familiares de migrantes presentan menos antecedentes de consumo de tóxicos ilegales ( $p=0,001$ ) y alcohol ( $p=0,006$ ) así como antecedentes psiquiátricos ( $p=0,002$ ). No existen diferencias estadísticamente significativas en el resto de variables estudiadas.

**Conclusiones:** Comprobamos en la muestra que los adolescentes migrantes consumen menos tóxicos que los autóctonos; en concreto, las adolescentes migrantes, por lo que ser migrante y mujer actúa como factor protector del consumo. Existen diferencias entre los familiares de primer grado de pacientes migrantes, con una menor prevalencia de antecedentes psiquiátricos y de consumo de tóxicos ilegales y alcohol. No existen diferencias entre ambos grupos respecto a la agresividad manifiesta al ingreso ni en el motivo principal de ingreso, que en ambos grupos es el Trastorno de Conducta.

22 **Sábado 9 hrs. Sala Castelao**

## ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA DEMANDA DE LOS AÑOS 2004 Y 2009 EN POBLACIÓN DE LA USM INFANTO-JUVENIL DEL CHUS

ARMAS BARBAZÁN CARMEN; LÓPEZ RUIZ PILAR; MAZAIRO CASTRO JOSÉ; DOMÍNGUEZ SANTOS M<sup>a</sup> DOLORES. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Complejo Hospitalario U. de Santiago de Compostela

**Objetivo:** Comparar las características de la población a estudio, atendida en la USM Infanto-juvenil del CHUS durante los años 2004 y 2009.

**Método:** Se elabora un registro de recogida de datos y se revisan las historias clínicas de los casos nuevos a estudio (primeras consultas y retornos). Se describen las diferencias entre los dos años.

**Resultados:** Se extraen datos de 390 pacientes en 2004 y 317 en 2009. Consultan más varones que mujeres. Predomina intervalo de edad entre 6-11 años. Escolarizados y procedencia mayoritaria de hábitat rural. Tasas de atraso escolar similares, presentando problemas de conducta el 29,2% en 2004 vs 35,8% en 2009. Los motivos de consulta más frecuentes son problemas de comportamiento, sintomatología psíquica menor y en tercer lugar problemas de rendimiento escolar. Se detecta notable incremento en diagnóstico TDAH (13,6% en 2004 vs 21,9% en 2009) y trastorno del comportamiento disocial (3,8% en 2004 vs 8% en 2009) y decremento en códigos Z y ausencia de diagnóstico psiquiátrico. El diagnóstico de retorno varía poco respecto al inicial. Los tratamientos más frecuentemente practicados: psicoterapia (40,9% en 2004 vs 35% en 2009), mixto (28,7% en 2004 vs 34% en 2009) y de orientación (31,8% en 2004 vs 28,8% en 2009). Tasas promedio de: alta (47,1% en 2004 vs 26,6% en 2009), derivación (6,1% en 2004 vs 3,3% en 2009), abandono (9,8% en 2004 vs 11,7% en 2009) y permanencia en consultas (37% en 2004 vs 58,6% en 2009).

**Conclusiones:** En este trabajo comparativo se detecta en los últimos años un aumento en prevalencia de conducta escolar alterada, siendo el motivo de consulta más frecuente problemas de comportamiento. Notable incremento en diagnóstico TDAH; el más prevalente en momento actual, seguido por trastornos neuróticos y trastornos del desarrollo. Orientaciones terapéuticas similares, tendiendo a implantarse el tratamiento mixto.

## EPIDEMIOLOGÍA DE LA PATOLOGÍA OBSESIVA COMPULSIVA EN POBLACIÓN ESCOLAR

HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ CARMEN; COSI MUÑOZ SANDRA; SÁEZ CARLES MERCÉ; VOLTAS MORESO NÚRIA; CANALS SANS CARMEN. CRAMC. Universitat Rovira i Virgili

La prevalencia de TOC pediátrico es del 1-3% (Flessner et al, 2009) y en los cuadros subclínicos oscilan entre 1,4-4,45% (Esser et al, 1990 y Thomsen, 1993). Aunque la detección precoz de este trastorno es importante, no se han realizado estudios al respecto en nuestro país. Los objetivos de nuestro trabajo son: determinar la prevalencia de TOC pediátrico según tres niveles de severidad: sintomatología obsesiva-compulsiva, TOC subclínico y TOC clínico; determinar diferencias según sexo, edad y búsqueda de ayuda profesional. Pare ello, hemos realizado un estudio epidemiológico en doble fase en el cual participaron una muestra representativa de 13 escuelas públicas y concertadas de la ciudad de Reus. En la primera fase participaron 1514 escolares de 4<sup>º</sup>, 5<sup>º</sup> y 6<sup>º</sup> de primaria que contestaron el Children Depression Inventory, el Screen for Children Anxiety and Related Emotional Disorders y el Leyton Obsessional Inventory Child Version Survey Form. En la segunda fase se seleccionaron 562 sujetos entre los cuales había sujetos a riesgo de problemas psicopatológicos y controles sin riesgo los cuales volvieron a contestar los mismos cuestionarios y se les administró la entrevista estructurada The Mini-International Neuropsychiatric Interview-Kid con el objetivo de poder realizar diagnósticos clínicos según los criterios DSM-IV-TR. De esta manera, hemos hallado una prevalencia de sintomatología obsesivo-compulsiva del 9,6%, una prevalencia estimada de TOC subclínico del 3,4% y de TOC clínico del 0,92%. No hemos hallado diferencias significativas según sexo ni edad. Un bajo porcentaje de niños habían solicitado ayuda profesional. Por tanto, podemos concluir que las prevalencias de TOC halladas son relevantes y comparables con las encontradas por otros autores. Estos datos refuerzan la importancia de la detección precoz de este trastorno para poder prevenir las consecuencias negativas que comporta a lo largo del desarrollo.



## EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS: PERSPECTIVA DESPUÉS DE DOS DÉCADAS DE ESTUDIO

CANALS SANS JOSEFA; HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ CARMEN; SÁEZ CARLES MERCÉ; COSI MUÑOZ SANDRA; ARIJA VAL VICTORIA; DOMÈNECH LLAVERIA EDELMIRA. CRAMC, Universidad Rovira i Virgili. Universidad Autónoma de Barcelona

Datos recientes del estudio transversal NHANES (Merikangas et al., 2010), han hallado un 3,7% de prevalencia a los 12 meses para trastornos depresivos en población entre los 8 y los 15 años, obteniéndose diferencias significativas según edad y sexo. En mujeres, la prevalencia fue del 4,9% y en varones del 2,5%. Para la depresión mayor, el grupo de adolescentes (12-15 años) alcanzó el 3,8% frente al 1,6% del grupo entre 8-11 años. Un estudio previo realizado por nuestro grupo investigador, con un diseño longitudinal, mostró cifras similares y observó un incremento de la prevalencia de depresión entre los 12 y 13 años sólo para el sexo femenino (Canals et al., 1995, 2002). Con el objetivo de comparar secularmente la epidemiología de los trastornos depresivos en nuestro país, hemos investigado la prevalencia de los mismos en una muestra de la misma población que fue estudiada hace 20 años (Canals et al., 1995, 2002), determinando diferencias según periodo, sexo, edad, severidad y búsqueda de ayuda profesional. Para ello, hemos realizado un estudio epidemiológico en doble fase en el cual participaron una muestra representativa de 13 escuelas públicas y concertadas de la ciudad de Reus. En la primera fase participaron 1514 escolares de 4º, 5º y 6º de primaria, que contestaron el Children Depression Inventory, el Screen for Children Anxiety and Related Emotional Disorders y el Leyton Obsessional Inventory Child Version Survey Form. En la segunda fase se seleccionaron 562 sujetos entre los cuales había sujetos a riesgo de problemas emocionales y controles sin riesgo a los que se les administró la entrevista estructurada The Mini-International Neuropsychiatric Interview-Kid con el objetivo de poder realizar diagnósticos clínicos según los criterios DSM-IV-TR. Los resultados no constatan un incremento de la prevalencia de trastornos depresivos en población española en los últimos 20 años.

## FACTORES DE VULNERABILIDAD Y PROTECCIÓN EN EL DESARROLLO DE TRASTORNOS MENTALES GRAVES EN LA ADOLESCENCIA

YAGÜE ALONSO, ANA ISABEL; DORADO MARTÍNEZ MARIA LUISA. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil Toledo (Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Toledo). Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (Servicios de Salud Mental Alcobendas- Madrid)

La actividad asistencial en una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil permite la reflexión privilegiada sobre las fronteras entre la normalidad y la patología especialmente mal definidas en periodos críticos del desarrollo.

La adolescencia es una etapa de riesgo para el inicio de Trastornos Psiquiátricos graves (psicóticos, afectivos, desordenes de la personalidad), cuya presentación clínica es en muchas ocasiones difícilmente categorizable por la marcada variabilidad, complejidad e inestabilidad de las manifestaciones psicopatológicas, la atipicidad en relación a la evolución y a la respuesta al tratamiento farmacológico o psicoterapéutico.

El momento de la primera consulta en la USMIJ se realiza en un contexto de crisis y urgencia por el grave deterioro y riesgo asociado, que no permite en las fases iniciales la exploración y valoración precisa de los antecedentes premórbidos.

**Objetivos y Métodos:** A través de la descripción de varios casos clínicos atendidos en la consulta se establecen hipótesis sobre los factores de vulnerabilidad en la infancia: género, alteraciones del desarrollo, antecedentes familiares, factores traumáticos, temperamento, rasgos de carácter, que permiten la comprensión de la patología como un continuum dentro del desarrollo, que genera una grave desintegración de las funciones psíquicas (pensamiento, afectividad, comportamiento, corporalidad) y que requiere un abordaje integral. Asimismo se exponen reflexiones sobre los factores de protección que pueden condicionar el pronóstico.

**Resultados y Conclusiones:** La presentación de la patología mental grave en la adolescencia cuestiona y obliga a modificar los modelos teóricos explicativos existentes así como las modalidades de intervención.

Hasta ahora el diagnóstico se establece a partir de los cri-





24 terios elaborados para los trastornos mentales del adulto que si bien ayudan a categorizar ,no incluyen aspectos recogidos de la observación clínica, como las variaciones asociadas al género, la edad, la influencia de factores ambientales y sociales.

Se hace evidente la importancia de profundizar en los factores de protección para diseñar intervenciones más eficaces.

## PREVALENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN EN PADRES DE NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE TDAH. UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

GUTIÉRREZ CASTILLO, DANIEL; SÁNCHEZ CABALLERO, RAHUEL; HERNÁNDEZ OTERO, ISABEL; PIÑA, DOLORES; LÓPEZ ROMERO, MARÍA JOSÉ. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J). Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción: El trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad es uno de los trastornos más prevalentes en población infanto-juvenil, estimándose según estudios actuales entre un 3-7% de la población general. Los pacientes con este trastorno manifiestan dificultades en el control de impulsos, exceso de actividad e inatención que pueden afectar gravemente a la adaptación escolar, social y familiar de estos niños. Hasta un 70% de los menores de 18 años que padecen TDAH seguirán presentándolo en la edad adulta. Asimismo, la alta heredabilidad del trastorno lo convierte en un cuadro clínico que se presenta en familias en las que es frecuente que exista más de un miembro afecto.

**Objetivo:** Valorar la prevalencia de TDAH en padres de niños y adolescentes con diagnóstico de TDAH según criterios DSM-IV utilizando la escala de cribado del TDAH en el adulto (ASRS V.1) y el instrumento diagnóstico CADDY.

**Material y Métodos:** Durante un período de 5 meses se ofreció a todos los padres y madres de niños TDAH con reciente diagnóstico tomar parte en el estudio. Un total de 66 padres accedieron. Se les administró la entrevista de cribado ASRS V.1., y a los que presentaron puntuaciones compatibles con TDAH se les administró el instrumento de diag-

nóstico CADDY. En aquellos padres con valores en la escala ASRS cercanos a aquellas compatibles con TDAH se les realizó exploración clínica y psicobiográfica que permitiera discernir si existía clínica compatible con el trastorno.

**Resultados:** Un total de 80 pacientes han tomado parte en el estudio. En el momento actual nos encontramos analizando los resultados con ayuda del paquete estadístico SPSS versión 17.0.

**Conclusiones:** El TDAH es un trastorno con alta prevalencia en niños y adolescentes en población general (3-7%), que en un alto índice de casos (2/3) persiste en la edad adulta. Poder diagnosticar y proporcionar las herramientas adecuadas a estas familias y sus miembros afectos puede facilitar el abordaje terapéutico y la mejoría global de los pacientes.

## ESTUDIO DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES Y BIOLÓGICOS EN UNA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL CON TDAH Y SUS IMPLICACIONES PATOGENICAS Y TERAPÉUTICAS

DÍEZ PÉREZ FRANCISCO; JOSÉ; ESCARMÍS GÁMEZ D.; SOLSONA ESPLUGUES M. Sant Pere Claver

**Objetivo:** Estudiar la presencia de factores de riesgo psicosociales y biológicos en la población infanto-juvenil afectada de TDAH y realizar algunas consideraciones sobre la integración de dichos factores en la patogenia y el abordaje terapéutico del TDAH.

**Métodos:** Se estudió la presencia de factores de riesgo biológicos y psicosociales en los 53 pacientes diagnosticados por primera vez de TDAH en el Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil de Sant Pere Claver de Barcelona durante los años 2007 y 2008, utilizando el capítulo XXI de la CIE-10 para estos últimos.

**Resultados:** En el 88.67% de los casos (47 casos) se apreciaron factores de riesgo psicosociales, sin entrar a valorar si se trataba de factores predisponentes o agravantes del trastorno. Destacan entre estos: separación conyugal en 18 casos; trastorno psiquiátrico en familiar de primer grado en 11 casos; presiones inapropiadas de los padres y otras anor-



malidades en la crianza en 10 casos; alcoholismo o drogadicción en familiar de primer grado en 9 casos; problemas económicos graves en 8 casos; inmigración en 8 casos.

En el 43.39% de los casos (23 casos) se apreciaron factores de riesgo biológicos, destacando: parto distócico en 9 casos; asfixia neonatal en 7 casos; prematuridad en 5 casos; presencia de TDAH en familiar de primer grado en 3 casos; bajo peso al nacer en 3 casos; toxemia gravídica o embarazo de alto riesgo en 3 casos.

**Conclusiones:** Creemos importante rehuir planteamientos reduccionistas tanto de tipo biologicista como psicologicista en relación a la etiopatogenia y al tratamiento de un síndrome tan complejo como el TDAH. Resulta plausible pensar en una etiología multifactorial, en la cual se conjugan factores de riesgo biológicos y psicosociales, y si bien el síndrome habría devenido relativamente autónomo de estos últimos, el tratamiento tendría que ser, necesariamente, multidisciplinar.



## 2 La comorbilidad en el TDAH

MARTÍN MARTÍN, ISABEL; MARCOS MÉNDEZ, INMACULADA; SAIZ ALARCÓN, VANESSA; PIERA MARTÍNEZ, GEMMA. H.U. La Fe (Valencia)

**Objetivos:** La prevalencia del diagnóstico de TDAH ha aumentado en los últimos años. En ocasiones es difícil de distinguir de otro tipo de patologías, mentales u orgánicas, con síntomas similares. Un ejemplo poco frecuente es el síndrome de Shwachman-Diamond (SDS), síndrome autosómico recesivo, con una incidencia de 1/1.000.000.

Las manifestaciones clínicas son: insuficiencia pancreática, disfunción medular, retraso en el crecimiento, alteraciones óseas, alteraciones de las enzimas hepáticas, y problemas de aprendizaje y TDAH. Intentaremos realizar un diagnóstico diferencial entre TDAH y el SDS.

**Material:** Exposición del caso de una niña de 7 años, diagnosticada de SDS y problemas de impulsividad, alteraciones conductuales (masturbación compulsiva) y aprendizaje. La paciente también presenta escasa tolerancia a la frustración y a la imposición de límites, con frecuentes rabietas cuando no consigue sus propósitos, y dificultad para mantener la concentración.

**Resultados:** Se inicia tratamiento con cloracepato y oxcarbameceptina, sin que se controlen la impulsividad ni las alteraciones en concentración. Se realizan test neuropsicológicos (SDQ, WISC, Conners), puntuando alto en las escalas de impulsividad, hiperactividad y problemas de lenguaje. Se realiza RMN cerebral, donde se aprecia una disminución global de la masa cerebral y circunvolución asimétrica en cortes superiores (no otras alteraciones).

**Conclusiones:** Finalmente se introduce metilfenidato. Con la introducción de este fármaco, y la psicoterapia coadyuvante, han desaparecido las alteraciones conductuales, mejorando la lecto-escritura y la capacidad de concentración, por lo que nos planteamos la posibilidad de comorbilidad entre TDAH y el SDS.

Este caso, y los resultados tan positivos del tratamiento psiquiátrico precoz, hacen plantearnos la posibilidad de mejoría de cuadros complejos al paliar los síntomas psiquiátricos.

## Perfil de los niños/as del programa de trastornos mentales graves (0-14 años) del CSMIJ de Avilés, Asturias

ÁLVAREZ FERNÁNDEZ A. J; MENÉNDEZ MIRANDA I; GARCÍA GARCÍA E; FERNÁNDEZ VILLAR A. CSMIJ de Avilés, Asturias

**Introducción:** El Programa de Trastornos Mentales Graves (TMG) de 0 a 14 años del CSMIJ de Avilés comenzó su labor en septiembre de 2007. Se han implementado tres subprogramas (atención individual y atención grupal: 11-14 años y 4-7 años). Toma como directrices: una atención integral ambulatoria de alta calidad, un modelo organizativo comunitario y una orientación psicoterapéutica de objetivos y tiempo limitados. De nivel terciario, su única vía de acceso es a través del CSMIJ. Focaliza su atención en niños/as con alteraciones cuantitativas de la comunicación y relaciones sociales (TEA y cuadros nosológicamente próximos).

**Método:** Estudio acerca del perfil sociodemográfico, escolar, diagnóstico y terapéutico de los pacientes incluidos hasta la fecha. Obtuvimos los datos mediante la entrevista clínica directa a niños/as y familiares acompañantes.

**Resultados:** La muestra la constituyen 23 pacientes, de los que 13 reciben intervención grupal. El 56% tenían menos de siete y el 39% más de 11 años al inicio. Más de la mitad son varones. Casi tres cuartas partes tienen apoyos psicopedagógicos y más del 80% están escolarizados de acuerdo a su edad. El 70% acuden centros públicos. Sólo el 30% tiene tratamiento psicofarmacológico. La mayoría de los niños/as tiene un diagnóstico del grupo de los trastornos generalizados del desarrollo (F84 CIE10). La mitad con diagnóstico de disarmonía psicótica (1.04 CFTMEA 2000). Sólo dos pacientes han sido dados de alta por abandono.

**Conclusiones:** Los apoyos psicopedagógicos parecen contribuir a la escolarización de acuerdo a la edad en estos niños. Las intervenciones grupales son de interés por cuanto disminuyen la utilización de recursos y fomentan la mejora de la calidad de las interacciones en unos niños que por su patología presentan serias dificultades en la socialización. El apoyo familiar es fundamental para la consecución de cualquier objetivo psicoterapéutico.



## La ansiedad social en los Trastornos de Conducta Alimentaria

MARTÍN MARTÍN ISABEL; ROJO MORENO LUÍS;  
PIERA MARTÍNEZ GEMMA; JAVIER CASTELLÓ  
GASCÓ. H. U. La Fe (Valencia)

**Introducción:** Diversos estudios han demostrado que existe relación entre Ansiedad Social y Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA). Una explicación sería la dificultad para expresar emociones negativas, que se manifiesta con un retraimiento en la Ansiedad Social, y un desplazamiento al cuerpo en los TCA. Otra explicación es el sentimiento de vergüenza presente en ambos cuadros. Se ha visto que la Ansiedad Social puede preceder al TCA, no quedando claro si se trata de comorbilidad o de un factor predisponente. La presencia de dificultades sociales complica la patología alimentaria.

**Material:** Presentamos tres pacientes con TCA:

- Mujer de 16 años, con restricción alimentaria desde hace dos años, aumento de la actividad física, distorsión y rechazo de su imagen corporal y amenorrea secundaria. Muy retraída desde la infancia, sin relaciones sociales fuera del núcleo familiar, y aislamiento.
- Mujer de 21 años, con restricción alimentaria desde los 17 años, vómitos postprandiales, rechazo a su imagen corporal y amenorrea secundaria. No presenta relaciones sociales estables, sin figuras de apoyo en la esfera social desde los 14 años.
- Mujer de 32 años, con restricción alimentaria desde la infancia temprana, distorsión y rechazo a su imagen corporal y negativa a ganancia ponderal. Desde los 9 años sin relaciones sociales ni contacto con grupo de iguales, manteniéndose aislada en domicilio paterno.

**Resultados:** Tres pacientes con clínica alimentaria, y un marcado aislamiento e introversión desde varios años previos al cuadro actual. No existe clínica psicótica franca que explique el retraimiento.

**Conclusión:** Estos resultados concuerdan con lo observado en trabajos previos, sobre la posibilidad de que la ansiedad social sea un factor de riesgo para TCA, y no únicamente un cuadro comórbido.

## Dificultad de tratamiento en un caso 3 de Gilles de la Tourette

VEGA FERNÁNDEZ FLORA M<sup>a</sup>; PASCUAL LEMA  
SARA; MARTÍN NAVARRO NICOLÁS. Salud Mental de  
Ponferrada

**Objetivo:** Presentar un caso clínico de difícil manejo farmacológico, con eficacia muy parcial en la clínica junto a un complejo proceso de diagnóstico diferencial.

**Método y resultados:** El niño acude por primera vez a consulta sin diagnóstico claro. Se objetivan: tics motores que comienzan hace 4 años, tics fonatorios junto a palabras malsonantes. Inquietud e incapacidad para focalizar la atención. Este cuadro le provoca intensa “desesperanza” ante su posibilidad de curación y por el riesgo de cronicidad, junto a baja autoestima e hipotimia. Su familia refleja “cambio de carácter, irritabilidad, oposición expresa a las normas, no reconocimiento a la autoridad, dificultad para ejercer el autocontrol”. Al inicio, se instaura por parte de su pediatra haloperidol (disonía cervical aguda), metilfenidato de liberación prolongada (exacerbación de los tics).

Las pruebas analíticas realizadas junto a EEG y TAC cerebral resultan normales.

En el momento de nuestra consulta se instaura risperidona. Se objetiva muy ligera mejoría, por lo que se modifica a sulpiride. En la visita de control el paciente comenta acatisia. Se instaura entonces paliperidona 3 mg, con el que ha conseguido notable mejoría en los tics, tanto fónicos como motores, mejoría en su inquietud, oposicionismo y capacidad de atención, mejorando sus resultados escolares.

**Conclusiones:** El tratamiento de elección del Gilles de la Tourette es el neuroléptico preferiblemente atípico, para evitar exacerbarlo, dado que los síntomas motores producen suficiente rechazo, con los efectos secundarios que pudieran aparecer. Existen casos publicados con risperidona, ziprasidona, quetiapina y olanzapina, aunque ninguno con paliperidona, por lo que se abre una nueva vía de tratamiento en estos cuadros con tan difícil eficacia y tolerabilidad.



#### 4 Fiabilidad inter-observadores (madre-padre) en el cuestionario CBCL de Achenbach

CAMPRODON ROSANAS, E; IBAÑEZ MARTINEZ N; DUÑO AMBRÓS L; BATLLE VILA S; ESTRADA PRAT X; ACEÑA DÍAZ M; SIBINA GARCÍA S; MARTIN LÓPEZ LM. Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil Sant Martí Sud

**Objetivo:** En los servicios de Salud Mental Infantil y Juvenil resulta imprescindible recoger información objetiva de la conducta del niño o adolescente en el proceso de diagnóstico clínico. Para ello se hace necesario contar con la información que nos puedan facilitar los adultos con los que el niño interactúa. El CBCL de Achenbach versión para padres es un instrumento con unas características psicométricas muy adecuadas.

El objetivo de nuestro estudio es valorar la necesidad de registrar la información obtenida de padre y madre de forma separada, o bien es válida la opción de consensuar las respuestas en un solo cuestionario. Para ello evaluamos las concordancias y discrepancias en las escalas internalizantes, externalizantes y combinada de los CBCL proporcionados por padre y madre. De forma secundaria se pretende objetivar si existen diferencias o concordancias en las subescalas específicas.

**Métodos:** Se trata de un estudio observacional analítico que mediante un muestreo probabilístico de conveniencia se han seleccionado 120 cuestionarios de 4500. Por tanto, la muestra está compuesta por 60 padres y 60 madres con una media de edad de 41,37 años (rango de 23-68, DS 7,7); asimismo, los hijos tienen una edad media de 11,8 (rango de 5-18, DS 3,4).

**Resultados:** Mediante el análisis univariante (ANOVA) se compararon entre padre y madre las 11 escalas del CBCL obteniendo tan solo en la escala de Conducta Agresiva un nivel de significación ( $p=0,03$ ), el resto de las escalas no presentaron significación estadística.

**Conclusiones:** Parece no ser necesario, en un protocolo de despistaje clínico, pasar a padre y madre por separado el CBCL ya que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, y por tanto creemos que la pasación del CBCL de forma consensuada entre padre y madre posibilita optimizar recursos y tiempo.

#### Screening del TOC en la infancia y la adolescencia mediante la subescala OCS-CBCL

BATLLE VILA, SANTIAGO; DUÑO AMBRÓS LURDES; IBAÑEZ MARTÍNEZ NÚRIA; CAMPRODON ROSANAS ESTER; ESTRADA PRAT XAVIER; ACEÑA DIAZ MARTA; SIBINA GARCÍA SALVADOR; MARTIN LÓPEZ LUIS MIGUEL. Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil Sant Martí Sud

**Objetivo:** Nelson et al. (2001) crearon una subescala de la Child Behavior Checklist (CBCL) para el cribado del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en la infancia y la adolescencia (OCS-CBCL). Nuestro objetivo es valorar la utilidad de la OCS-CBCL; evaluar el poder discriminativo de la escala determinando su consistencia interna, su sensibilidad, especificidad y valores predictivo positivo y negativo en la población que asiste a nuestro CSMIJ; y comparar los hallazgos con los resultados del estudio de validación.

**Métodos:** Se han recogido los CBCL de tres muestras de igual tamaño ( $n = 26$ ) de niños y adolescentes, emparejados por edad y sexo. Fueron seleccionados para este análisis: 1) un grupo TOC clínicamente diagnosticado con criterios DSM-IV y CIE-10 MIA, 2) un grupo heterogéneo de pacientes en tratamiento en el CSMIJ sin evidencia clínica de TOC, y 3) un grupo control de población general. Recogidas las puntuaciones de los 8 ítems de la OCS-CBCL para cada sujeto, se analizan la consistencia interna, la sensibilidad, especificidad y los VPP y VPN.

**Resultados:** Los elementos obtenidos muestran una adecuada consistencia interna (Cronbach = 0,64). Los pacientes TOC presentan puntuaciones significativamente más altas que los otros dos grupos en la OCS-CBCL. Utilizando los 2 puntos de corte más cercanos a la verdadera tasa de TOC en la muestra del estudio (percentiles 70 y 60), la sensibilidad fue de 73,1% a 76,9%, la especificidad del 78,8% al 86,5%, VPP del 78,4% al 84,4% y VPN del 76,3% al 77,3%. Se establece además la puntuación directa de corte óptima que maximiza la ratio de VP y minimiza la ratio de FP.

**Conclusión:** Los resultados obtenidos replican favorablemente los del estudio de validación, apuntando la utilidad clínica y en investigación de la OCS-CBCL para el cribado de la presencia de sintomatología obsesivo-compulsiva en la infancia y la adolescencia.



## Dificultades familiares expresadas en la aplicación del plan terapéutico en Trastornos de Conducta Alimentaria

**TORRALBAS ORTEGA JORDI; PUNTÍ VIDAL JOAQUIM; ARIAS NUÑEZ ELOÍSA; GRACIA LISO REBECA; AGUSTIN MORRAS RAISA; PALOMINO ESCRIVÁ JEZABEL; PUJALS ALTES ELENA; LORENZO CAPILLA ANGEL; GRANERO LÁZARO ALBERT; GISBERT GUSTEMPS LAURA; PÀMIAS MASSANA MONTSERRAT.** Hospital de Día de Adolescentes de Salud Mental. Parc Taulí. Sabadell (Barcelona)

**Introducción:** En la intervención interdisciplinar de los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), la psicoeducación familiar es un elemento primordial de todo tratamiento para la comprensión del trastorno y el manejo de la conducta en su medio habitual. En las entrevistas psicoeducativas semanales realizadas en la unidad de hospitalización parcial es habitual identificar dificultades familiares en el manejo del trastorno que deben ser objeto de atención clínica.

### Objetivos

- Analizar las dificultades expresadas por los cuidadores principales de las jóvenes con TCA para el cumplimiento de las pautas consensuadas en el plan terapéutico.
- Elaborar un plan de intervención para poder satisfacer las necesidades familiares en el tratamiento de los TCA.

**Metodología:** Estudio observacional descriptivo, donde se recogieron de forma sistemática todas las dificultades expresadas por los cuidadores de las jóvenes ingresadas, edad media de 14.3 años (SD 2.5), en las entrevistas periódicas con enfermería durante 2009.

**Resultados:** De las dificultades expresadas por los padres, destacan:

- Administración de la dieta prescrita por: negativa de la adolescente a cumplirla; desestructuración de hábitos familiares; considerarla de aporte excesivo; y para favorecer sus preferencias alimentarias.
- Dificultades para el control conductual y actividad física.
- Déficit de afrontamiento del trastorno por parte de la familia.

**Conclusiones:** Es indispensable establecer unos parámetros claros de afrontamiento familiar de la alimentación y conducta de la adolescente con TCA. Para facilitar la rápida resolución del problema, se elaboró un dossier psicoeducativo a los padres que incluye además de los objetivos terapéuticos ejemplos gráficos de la dieta y su planificación, al tiempo que se incluyen estrategias de afrontamiento de las conductas disfuncionales de los adolescentes con este trastorno.

## Perfil de tratamiento farmacológico de pacientes TDAH tratados en la unidad infanto-juvenil del Servicio Navarro de Salud

**MORRÁS ABAURRE FERNANDO; MENTXAKA SOLOZÁBAL OIHANE; ROYO MOYA JAVIER; GONZÁLEZ AMOR IRATXE.** Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Servicio Navarro de Salud

**Introducción:** El tratamiento farmacológico se presenta, hoy por hoy, como la primera elección en el tratamiento del TDAH. El tratamiento farmacológico, especialmente los psicoestimulantes, son eficaces tanto en la hiperactividad como en la mejora de los aspectos cognitivos implicados en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) como el déficit de atención, la mejora de las funciones ejecutivas, la memoria de trabajo y la impulsividad.

**Objetivos:** Analizar el perfil de tratamiento farmacológico de los pacientes con TDAH en nuestra unidad.

**Metodología:** Revisión de las historias clínicas de los pacientes que han sido atendidos en la Unidad Infanto-Juvenil desde el 1 de Enero del 2008 al 31 de Diciembre del 2009 y diagnosticados de TDAH. Se ha valorado la presencia de tratamiento farmacológico con estimulantes en los pacientes diagnosticados de TDAH y la asociación de otras medicaciones.

**Resultados:** En nuestra muestra el 89,2% de los pacientes seguían tratamiento farmacológico, de los cuales el 89,24% estaban en monoterapia con metilfenidato. Respecto a los que seguían tratamiento combinado, la asociación más frecuente ha sido la de Rubifén® y Medikinet®. El 53% de los pacientes que tomaban tratamiento farmacológico han presentado efectos secundarios, siendo los más frecuentes la disminución de apetito y el insomnio.



- 6 **Conclusiones:** Estos datos nos aportan la importancia de valorar el tratamiento farmacológico más indicado para cada paciente diagnosticado de TDAH, teniendo en cuenta el perfil de efectos secundarios y la combinación de medicación más indicada.

## Perfil cognitivo de los adolescentes con retraimiento social en hospitalización parcial

PUNTÍ VIDAL JOAQUIM; TORRALBAS ORTEGA JORDI; ARIAS NUÑEZ ELOÍSA; PALOMINO ESCRIVÁ JEZABEL; NARANJO DÍAZ MA. CARMEN; GRACIA LISO REBECA; PUJALS ALTES ELENA; AGUSTIN MORRAS RAISA; ESPLUGA FRIGOLA NÚRIA; FORT PELAY NATALIA; PÀMIAS MASSANA MONTSERRAT. Hospital de Día de Adolescentes de Salud Mental. Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

**Objetivo:** El término retraimiento social (RS) incluye la pobreza de las relaciones interpersonales, la limitación de la actividad relacional y la restricción en la participación grupal. Múltiples autores describen el retraimiento social como una de las principales manifestaciones conductuales de diversos trastornos psiquiátricos y como factor de riesgo y vulnerabilidad psicopatológico. Es objetivo de este estudio describir el perfil neuropsicológico asociado a los adolescentes con RS.

**Método:** Se analizaron los perfiles neuropsicológicos de los adolescentes ingresados (2009) en el Hospital de Día a partir de los resultados obtenidos en las Escalas de Inteligencia de Wechsler. Se utilizó la Escala de Evaluación de las Habilidades de Comunicación e Interacción (ACIS) de Forsyth et al. (1999) para identificar a los adolescentes con retraimiento social mediante una evaluación observacional en el desempeño de una tarea y dentro de un grupo social. Se estableció un punto de corte para RS = a 50 (20-80).

**Resultados:** Un total de 39 adolescentes fueron evaluados mediante las Escalas de Inteligencia de Wechsler (WISC-IV o WAIS-III). De éstos, 18 presentaban una puntuación en la ACIS con criterio de RS. El análisis de los factores cognitivos Comprensión Verbal y Razonamiento Perceptivo no mostraban diferencias estadísticamente significativas entre adolescentes con o sin RS; mientras que para los factores Memoria de Trabajo y Velocidad de Procesamiento se observa una relación

negativa con el constructo RS. Por otro lado se observa un resultado 10 puntos inferior para el QIT del grupo RS ( $p=0.06$ ).

**Conclusiones:** El RS es un rasgo conductual, que a la luz de los resultados obtenidos, puede mostrar unos correlatos cognitivos asociados, especialmente en cuanto a la capacidad de atención, memoria inmediata y ejecución de tareas simples y mecánicas bajo control temporal.

## Análisis de los factores clínicos y psicobiográficos asociados a rechazo escolar en adolescentes ingresados en una unidad de hospitalización parcial de salud mental

GRACIA LISO REBECA; PUNTÍ VIDAL JOAQUIM; GIBBERT GUSTEMPS LAURA; TORRALBAS ORTEGA JORDI; ARIAS NUÑEZ ELOÍSA; PALOMINO ESCRIVÁ JEZABEL; PUJALS ALTES ELENA; NARANJO DÍAZ CARMEN; PAMIAS MASSANA MONTSERRAT. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.

**Introducción:** El rechazo escolar tiene una incidencia del 5% de menores en edad escolar. El concepto "rechazo escolar" estaba restringido a chicos con negativa a ir al colegio debido a alteraciones emocionales, pero recientemente se ha propuesto una definición en la que se incluye tanto el rechazo escolar de tipo emocional como el conductual. En este sentido, es conocido que un porcentaje de pacientes no presenta ningún trastorno psiquiátrico comórbido, y sí dificultades en estrategias educativas y de interacción por parte de la familia.

**Objetivos:** Analizar los factores clínicos y psicobiográficos asociados a rechazo escolar en pacientes ingresados en un hospital de día de adolescentes.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo.

**Muestra:** pacientes de 12 a 18 años ingresados en Hospital de Día de Adolescentes desde enero del 2008 a abril del 2010 que presentaban rechazo escolar de duración mayor o igual a 4 semanas. Se estudiarán las siguientes variables: diagnóstico clínico, edad, sexo, tipo de absentismo (médico-psiquiátrico, evitativo-ansioso, opositor-conductual), estilo educativo parental (autoritario, democrático, negligente), tipo de familia y



antecedentes psicopatológicos familiares así como éxito o no del tratamiento (asistencia escolar a tiempo completo al alta de la unidad).

**Resultados:** En el póster se expondrán los resultados obtenidos del estudio.

## Dimensionalidad de la patología de la personalidad en mujeres adolescentes con Trastorno Alimentario: un estudio piloto entre restrictivas y purgativas

**MAGALLÓN NERI E; CANALDA SAHLI G; DE LA FUENTE SÁNCHEZ JE; FORNS SANTACANA M; GARCÍA CALVO R; GONZÁLEZ MARÍN E; CASTRO FORNIELES J.** Departamento de Psiquiatría y Psicología Clínica Infantil y Juvenil, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona. CIBERSAM, España. Departamento de Personalidad Evaluación y tratamiento psicológico, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.

Los trastornos de personalidad (TP) en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario (TCA) tienen características especiales que tienden a complicar la asistencia clínica e incrementar el uso de servicios de salud mental.

**Objetivo:** Analizar las diferencias entre características temperamentales y de carácter, así como grados dimensionales de patología de la personalidad entre pacientes con TCA de tipo restrictivo y purgativo.

**Método:** En una muestra de 53 pacientes con TCA ( $M = 15.7$ ,  $DT. = 0.7$ ; rango de edad 15-17), fueron aplicados el TCI (Inventario de Temperamento y Carácter de Cloninger) y los módulos CIE-10 y DSM-IV de la entrevista semi-estructurada IPDE (International Personality Disorder Examination) durante los primeros tres meses tras iniciar tratamiento.

**Resultados:** El grupo de pacientes con TCA restrictivo, identificados con patología de personalidad fue de un 23% frente a un 55% del grupo purgativo. Se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones dimensionales del TP Límite ( $p=0.006$ ) y TP histriónico ( $p=0.012$ ) con mayor intensidad en el grupo purgativo respecto al restrictivo tanto para el módulo CIE-10 y DSM-IV. También se observó una mayor puntuación en la sub-

cala de antinormatividad en las purgativas ( $p=0.023$ ) dentro del factor de búsqueda de novedad.

**Conclusiones:** El grupo purgativo presentó mayor intensidad de rasgos límites e histriónicos con características antinormativas, respecto al grupo restrictivo.

## Cuando la patología de la personalidad es un fantasma no reconocido. Un caso complejo de trastorno de personalidad en la adolescencia

**MAGALLÓN NERI E; DE LA FUENTE SÁNCHEZ JE; CANALDA SAHLI G; CASTRO FORNIELES J.** Departamento de Psiquiatría y Psicología Clínica Infantil y Juvenil, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona. CIBERSAM, España

El diagnóstico del Trastorno de personalidad (TP) en la adolescencia, aún es un tema controversial y algunos clínicos son reticentes a usar este término en esta etapa evolutiva, debido al estigma asociado al concepto de TP. Sin embargo, hay un gran cúmulo de evidencia empírica que apoya la idea de que la patología de la personalidad es una forma significativa de psicopatología en la adolescencia.

**Metodología:** Caso único; revisión retrospectiva de la historia y evolución clínica de una paciente con un trastorno del comportamiento alimentario (TCA). Se presentan las principales características del caso, las complicaciones y los cambios que se fueron produciendo durante su tratamiento.

Se trata de una chica adolescente de 16 años, referida por un TCA con un patrón purgativo, un IMC inicial de 18.6, manifestaciones comórbidas de ansiedad y conducta disruptiva. Durante los 3 años de tratamiento es ingresada en 13 ocasiones, 2 por vía de urgencias, en sala de hospitalización de psiquiatría infantil en un hospital general. Desarrolla una evolución tórpida, con frecuentes recaídas y falta en el cumplimiento de los objetivos terapéuticos, asociada a recurrentes manifestaciones en la alteración del estado del ánimo, actitudes manipulativas e hysteriformes y escasa motivación al cambio. Es evaluada con una amplia batería de personalidad y actitudes alimentarias, los resultados no son concluyentes para patología de la personalidad. Sin embargo, rasgos límites-histriónicos y características dependientes, cumplen dimensionalmente criterios para un TP no especificado.





- 8 Se discuten las implicaciones de presentar patología de la personalidad comórbida a un TCA y las posteriores complicaciones en la intervención terapéutica. Se extraen algunas conclusiones del abordaje en este tipo de casos.

## Perfil de pacientes TDAH tratados en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Servicio Navarro de Salud

**MENTXAKA SOLOZÁBAL OIHANE; MORRAS ABAURRE FERNANDO; ROYO MOYA JAVIER; GONZÁLEZ AMOR IRATXE.** Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Servicio Navarro de Salud

**Introducción:** El TDAH es un tema candente en la actualidad, debido al incremento en la demanda asistencial producida en los últimos años para pacientes con este trastorno.

**Objetivos:** Analizar el perfil de los pacientes con TDAH atendidos en nuestra unidad, haciendo especial hincapié en sus características clínicas y epidemiológicas.

**Metodología:** Revisión de las historias clínicas de los pacientes que han sido atendidos en la Unidad Infanto Juvenil desde el 1 de Enero del 2008 al 31 de Diciembre del 2009 y diagnosticados de TDAH. Se han evaluado distintas variables como la presencia de antecedentes prenatales/perinatales o familiares, el subtipo de TDAH y la comorbilidad asociada a cada uno de ellos.

**Resultados:** En nuestra muestra el 76,35 de los pacientes pertenecían al sexo masculino. El subtipo TDAH más frecuente ha sido el de tipo combinado (63%), seguido del subtipo inatento (29%) y el hiperactivo-impulsivo (6,45%). El 59,14 % de los pacientes presentaba comorbilidad asociada, siendo el más frecuente el Trastorno Negativista-desafiante.

**Conclusiones:** Estos datos nos aportan las claves del paciente que es derivado para valoración a una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil por diagnóstico de TDAH y la importancia tanto de la presencia de antecedentes personales y familiares como de la comorbilidad para el abordaje terapéutico.

## Mediación legal. Prevención y alternativa a la justicia juvenil

**RUIZ FERNÁNDEZ M; IGLESIAS CHICO M.**  
 Mediación Legal Toledo. Fundación Internacional O'Belén

**Objetivo:** El objetivo general del programa de Mediación Legal es proporcionar una alternativa extrajudicial y educativa para la resolución constructiva de un conflicto mantenido entre dos partes: la denunciante y la denunciada, que siempre es menor de edad, mediante la intervención de un tercero neutral.

Los objetivos específicos son:

- Restituir o compensar los daños sufridos por el perjudicado, reduciendo la sensación de vulnerabilidad y erradicando el sentimiento de indefensión.
- Hacer protagonista al menor de un proceso preventivo de aprendizaje social, que le ofrezca las habilidades necesarias para la resolución de conflictos en el futuro.
- Posibilitar la participación de los ciudadanos en la resolución de conflictos a través de la Mediación, favoreciendo un acercamiento de la justicia a la comunidad.

**Metodología:** Para desarrollar el programa se necesita una metodología que de el máximo protagonismo a las partes y que a la vez pueda aportar elementos educativos, al menos, al menor infractor. La mediación es una herramienta válida para que el menor denunciado y víctima, de común acuerdo, decidan los actos reparadores adecuados que satisfagan los intereses de ambas partes.

**Resultados:** El porcentaje de resultados positivos es a lo largo de la vida del programa superior al 70 %. El número de mediaciones realizadas en la provincia de Toledo ha ido en aumento en los últimos años. El pasado año 2009 se derivaron por parte de Fiscalía un total de 515 menores y 367 perjudicados.

**Conclusiones:** A través de la Mediación se desarrolla en el menor un proceso preventivo de aprendizaje social, que le ofrece las habilidades necesarias para la resolución de conflictos futuros resultando la mediación una intervención judicial mínima en pro del mejor interés del menor.



## Estilos parentales y psicopatología adolescente

ESPAÑA CHAMORRO EVA; DÍAZ SALSENCH EVA;  
SANTAMARÍA ROSES SUSANA; GUTIERREZ  
CARBAYO MARIAN; ARRUFAT BLANCH JORDI;  
PEÑA ROCA JOAN. HDA del Hospital Psiquiátrico  
Universitario Institut Pere Mata. Grup Pere Mata. Institut  
Pere Mata S.A. Inscrita al Reg. Mercantil de Tarragona.  
Full 213, foli 146, tom 4. 1a inscripció 28-12-1896. NIF: A  
43000157

### Objetivo:

1. Valorar el YPI como herramienta en población adolescente.
2. Explorar la relación entre la psicopatología de los adolescentes del hospital de día y los estilos parentales percibidos.

**Métodos:** Se evaluaron 20 adolescentes: 8 hombres y 12 mujeres de edades comprendidas entre los 12 y 18 años (media 14,55 y desviación típica 1,76) que realizaron tratamiento en nuestro servicio. El muestreo fue intencional de sujetos disponibles en el periodo temporal de Abril a Diciembre de 2009. Los sujetos fueron diagnosticados según criterio CIE-9-MC.

La psicopatología adolescente se midió con el cuestionario autoinformado MACI (Inventario clínico para adolescentes de Millon, TEA ediciones S.A, 2004) y los estilos parentales se evaluaron con el cuestionario autoinformado YPI (Inventario de Estilos Parentales "Young Parenting Inventory", Young, 2003).

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS v.13.0. Se realizó una correlación bivariada de Pearson, cruzándose 2 variables de tipo cuantitativo (las puntuaciones de tasa base del MACI, ya corregidas por sexo y edad y las directas de las dimensiones del YPI). Se informa de las correlaciones significativas al 0,01% dado que el tamaño de la muestra es de 20 casos.

**Resultados:** Se encuentran correlaciones significativas entre los estilos parentales y la psicopatología adolescente. Los resultados más contundentes señalan asociación entre esquemas parentales y trastornos de personalidad, pero también se apuntan asociaciones con sintomatología clínica y en menor medida con preocupaciones expresadas.

### Conclusiones

1. El YPI no nos parece una herramienta demasiado adecuada para el empleo en adolescentes.
2. Existen asociaciones importantes entre esquemas parentales y patología adolescente.

## Comorbilidad y diagnóstico diferencial en el Síndrome de Asperger. A propósito de un caso

ALBEROLA LEGORBURO N; MARCOS MÉNDEZ I;  
GARCÍA MIRALLES I. Centro Salud Mental Infantil  
Benicalap

**Objetivos:** Se describe un caso en el que la complejidad del Síndrome de Asperger hace que su diagnóstico sea difícil de realizar.

**Métodos:** Descripción del caso de un niño de seis años, con dificultades de adaptación escolar, alteraciones conductuales, así como presencia tics simples y manierismos motores estereotipados. Se establece un adecuado diagnóstico diferencial y diagnóstico comórbido:

ASPERGER	AUTISMO DE ALTO RENDIMIENTO	SÍNDROME DE TOURETTE	TOC
Alteración cualitativa de la interacción social	Más dificultades en la interacción personal que en el S. de Asperger Mayor Déficit en CI verbal	Tics motores y vocales que aparecen varias veces/día Inicio < 18	Fobias/ Compulsiones Rituales Pensamiento rígido
No Retraso en habilidades cognitivas ni de lenguaje	No existen diferencias en el CI global	Estereotipias Dificultad en interacción y comunicación social	Rituales son placenteros. Dificultad en interacción y comunicación social

Posteriormente se procede a la inclusión del paciente en un grupo terapéutico con otros niños.

**Resultados:** La introducción de psicofármacos ha conseguido disminuir la clínica en determinados momentos de la evolución, que ha venido marcada por una tendencia a la fluctuación.

**Conclusiones:** Si bien la obtención de un diagnóstico tiene sus aspectos positivos, a la hora de dar una respuesta a una familia preocupada o de encontrar recursos para favorecer el desarrollo de la persona es importante realizar una evaluación y concluir en un diagnóstico que sirva para dar lugar a estrategias individualizadas que mejoren la calidad de vida.



## 10 Trastorno de aprendizaje procedimental: a propósito de un caso

**MORRÁS ABAURRE FERNANDO; MENTXAKA SOLOZÁBAL OIHANE; OTERO LARREA MARÍA; MARTÍNEZ MONEO MATILDE; MONCLÚS MURO FERNANDO; GOLTARI FRAILE MARÍA DEL CARMEN; ARGUIÑARENA ZABALA AINHOA.**  
 Hospital de Día Psiquiátrico Infanto-Juvenil del Servicio Navarro de Salud

**Introducción:** Se estima que los problemas de aprendizaje tienen una prevalencia entre 10 y 15% y son la causa principal de fracaso escolar. El Trastorno de Aprendizaje Procedimental (TAP), también llamado “No Verbal”, es un subtipo de trastorno del aprendizaje no incluido en el DSM IV-TR, relativamente poco divulgado y todavía infradiagnosticado, que afecta a la coordinación motora, integración visuoespacial, aprendizajes escolares y a las habilidades psicosociales.

**Objetivos:** Analizar los aspectos biológicos y neuropsicológicos del trastorno, sus repercusiones tanto a nivel académico como social y las implicaciones clínicas y evolutivas.

**Metodología:** A través de la presentación de un caso clínico real afecto de dicho trastorno, con evolución tórpida y serias dificultades de manejo, se van ilustrando los aspectos referidos anteriormente.

**Resultados:** En el caso presentado quedan patentes las dificultades diagnósticas y de abordaje de este tipo de trastornos, así como sus repercusiones sobre la vida total del niño y la vulnerabilidad para el desarrollo posterior de trastornos psiquiátricos mayores.

**Conclusiones:** Necesidad de un mayor conocimiento y divulgación del trastorno en aras a conseguir un diagnóstico y abordaje precoces, un mejor ajuste global de estos niños y prevenir acontecimientos vitales adversos.

## Análisis descriptivo del tratamiento farmacológico pautado en una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de la Comunidad Valenciana

**GARCÍA MIRALLES I.; FERNÁNDEZ GADEA J.; REVERT MARTI L.; REAL LÓPEZ M.; RUBIO SANJAIME P.; MARCOS MÉNDEZ I.; ROJO MORENO L.** Unidad de Salud Mental Infantil de Alcoy

**Objetivo:** Realizar una descripción de las pautas farmacológicas empleadas en nuestra población.

**Material y Métodos:** Confeccionamos una base de datos con N=220 pacientes atendidos en nuestra unidad (23,6% mujeres y 76,4% varones), de edades comprendidas entre los 3 y los 16 años. Recogemos el motivo de derivación, diagnóstico y tratamiento farmacológico prescrito.

**Resultados.** El 78,2% de nuestra población esta recibiendo tratamiento medicamentoso. De estos, el 46,8% toman un psicoestimulante (metilfenidato de liberación inmediata o prolongada), un 4,1% reciben tratamiento con atomoxetina, un 12,3% reciben una combinación de otro fármaco con un psicoestimulante y solo un 15% recibe otro tipo de tratamiento.

El diagnóstico que más se asocia al tratamiento con psicoestimulantes es el trastorno con déficit de atención e hiperactividad (13,6%), le siguen en orden de frecuencia los trastornos de las emociones distintos de los trastornos hipercinéticos (10,9%), el síndrome de inatención sin hiperactividad (6,3%), un 5% de pacientes sin patología psiquiátrica filiada, y un 4% de trastornos del desarrollo psicológico específicos.

De los N=171 pacientes derivados por TDAH el 54% están en tratamiento con psicoestimulantes, el 12% con una combinación de los mismos, el 2,3% con atomoxetina, el 12,2% reciben otros tratamientos y el 18,7% no han precisado ningún tratamiento farmacológico.

**Conclusiones:** La elevada prevalencia del tratamiento con psicoestimulantes está relacionada con la elevada prevalencia del diagnóstico de TDAH como motivo de derivación, muchos pacientes ya reciben el tratamiento antes de su llegada a nuestra unidad. Aunque posteriormente estos pacientes reciben otros diagnósticos en muchos casos se observa que se mantiene el tratamiento al apreciarse mejoría clínica en otros trastornos de la conducta y del aprendizaje. Un elevado porcentaje de pacientes derivados por sospecha de TDAH no precisó intervención farmacológica.



## Correlaciones entre las escalas de padres y maestros del test de Conners en una población clínica

**GARCÍA MIRALLES ISABEL; HERNÁNDEZ GADEA JOSEFA; ROJO MORENO LUÍS; RUBIO SANJAIME PAOLA; REAL LÓPEZ MATÍAS; REVERT MARTI LAURA; MARCOS MÉNDEZ INMACULADA. Unidad de Salud Mental Infantil de Alcoy**

**Objetivo:** Determinar la relación existente entre la información que proviene de los padres y la que proviene de los profesores al puntuar para cada paciente la escala de Conners.

**Material y Métodos:** Para ello utilizamos la escala abreviada de Conners utilizada para la valoración de los trastornos hiperactivos (TDAH) en su versión para padres y profesores. Seleccionamos a los pacientes que acudieron derivados a nuestra consulta con sospecha de TDAH (N= 23, edades entre 6 y 14 años, 91% mujeres y el 8,8% varones).

**Resultados:** Observamos correlaciones elevadas y significativas ( $P < 0,001$ ) entre las subescalas que evalúan trastornos de conducta en el colegio, con las subescalas impulsividad-hiperactividad (0,56), índice de hiperactividad (0,58) y su equivalente conductual para padres (0,58). También se aprecian correlaciones elevadas y significativas ( $P < 0,001$ ) entre la escala de hiperactividad de la escuela, con las subescalas conductuales (0,62), impulsividad-hiperactividad (0,74) e índice de hiperactividad de los padres (0,72). La subescala índice de hiperactividad del colegio correlaciona con los trastornos de conducta (0,523), la escala impulsividad-hiperactividad (0,69) y el índice de hiperactividad de los padres (0,64). Las correlaciones no varían si diferenciamos entre un grupo formado por aquellos sujetos finalmente diagnosticados de TDAH de otro compuesto por aquellos que recibieron otro diagnóstico.

**Conclusiones:** Se aprecia una correlación significativa entre las puntuaciones de los padres y maestros al puntuar las subescalas que evalúan trastornos de conducta y las subescalas que evalúan conductas propias de la hiperactividad. No se observan correlaciones entre ambos cuando se evalúan problemas de atención. El grado de acuerdo no varía cuando diferenciamos un grupo con diagnóstico final de TDAH.

## Descripción epidemiológica de la población atendida en la Unidad de Salud Mental Infantil de Alcoy

**GARCÍA MIRALLES ISABEL; FERNÁNDEZ GADEA JOSEFA; IRANZO TATAI CARMEN; ALBEROLA LEGORBURO NURIA; MARCOS MÉNDEZ INMACULADA; ROJO MORENO LUÍS; REVERT MARTÍN LAURA; REAL LÓPEZ MATÍAS; RUBIO SANJAIME PAOLA. Unidad de Salud Mental Infantil de Alcoy**

**Objetivos:** Describir las características de la población atendida en la unidad de salud mental infanto-juvenil del área de Alcoy.

**Material y Métodos:** Confeccionamos una base de datos incluyendo a todos los pacientes atendidos desde el año 2008 hasta la actualidad. Obteniendo una N= 220 (23,6% mujeres y 76,4% varones), de edades comprendidas entre los 3 y los 16 años distribuidos del siguiente modo: de 3 -6 años (6,8%), de 7-10 años (40,9%), de 11-14 (48,2%) y de 15-16 años (4,1%). Recogemos información sobre sus datos de filiación, edad, motivo de derivación y diagnóstico actual. Realizamos un análisis estadístico.

**Resultados:** El 85% de los pacientes son derivados ante la sospecha de trastornos hiperactivos; el 77,7% por sospecha de t. por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y el 7,3% por sospecha de déficit de atención sin hiperactividad (TDA) solo el 15% de los casos son derivados por otros motivos.

Sin embargo sólo el 26,3 % mantendrán este diagnóstico: (TDAH 17,7% y TDA 8,6%), siendo el resto diagnosticados de: t. de las emociones de la infancia distintos de los t. Hiperactivos (24,1%), t. Generalizado del desarrollo (11,9%), t. Neuróticos (5,9%), t. del desarrollo psicológico (5,5%), retraso mental (3,2%), t. del humor (2,7%), t. mentales orgánicos (1,8) y otros (2,2%). En el 16,4% de los casos se descartara patología psiquiátrica.

**Conclusiones:** La elevada prevalencia del diagnóstico de t. Hiperactivo como motivo de derivación nos hace pensar en el mismo como un conjunto sindrómico formado por síntomas de elevada sensibilidad con gran utilidad para detectar posibles casos patológicos. Pero con tendencia a superponerse con síntomas de otros trastornos de las emociones o del desarrollo que explican mejor el cuadro clínico y con los cuales es imprescindible realizar un diagnóstico diferencial.



## 12 Dificultades en habilidades sociales

SAIZ ALARCÓN V.; YÁÑEZ FERRER N.; ALBEROLA LEGORBURO N. Hospital Universitario La Fe (Valencia)

**Objetivo:** El autismo se define por la concurrencia de determinados criterios, para los cuales no existe una propuesta unánimemente aceptada. Esto hace que en la práctica clínica se evidencie la existencia de muchos niños con trastornos que únicamente tienen cabida dentro de esa especie de cajón desastre que son los trastornos generalizados del desarrollo no especificados. Generalmente son niños con TDAH o Trastornos específicos del lenguaje, cuyos síntomas exceden los límites propios de dichos trastornos, especialmente en lo referente a la INTERACCIÓN SOCIAL.

Por otra parte, en relación con estas dificultades para las habilidades sociales se ha definido una nueva entidad conocida como Trastorno de Aprendizaje No Verbal, poco divulgado y no recogido en el DSM IV.

En el presente trabajo se estudian y observan tres pacientes, con diferentes edades y rasgos, pero que muestran todos ellos dificultades en la adquisición de habilidades sociales, con el objetivo de compararlos entre ellos y con las características que definen el TANV.

**Metodología:** Estudio, observación y comparación de las características psicobiográficas y clínicas de 3 pacientes en tratamiento y seguimiento en una USMI.

### Resultados

- Tabla datos psicobiográficos
- Tabla datos clínicos

**Conclusiones:** Con el presente estudio hemos querido hacer hincapié en las dificultades para establecer un diagnóstico preciso en una serie de pacientes, en los que mostrando evidentes dificultades en la adquisición de habilidades sociales, no cumplen el resto de criterios específicos de las distintas entidades del espectro autista recogidas en el DSM IV.

Todas estas dificultades y dudas diagnósticas, nos llevan a pensar en el autismo más como un rasgo que una entidad diagnóstica en sí misma, con una serie de gradaciones de menor a mayor gravedad.

## Miedos escolares y su relación con el rechazo escolar: un estudio comparativo entre estudiantes de nivel primario y secundario

MAGALLON NERI E; GUTIÉRREZ J; FORNS M.  
Departamento de Personalidad Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona

Los miedos escolares son altamente frecuentes en niños y adolescentes. Su impacto se observa en manifestaciones de ansiedad, alteraciones en el rendimiento académico, en las relaciones interpersonales y en casos extremos, llegar a desarrollar un rechazo escolar.

**Objetivo:** Comparar las diferencias entre miedos escolares y generales con patrones funcionales del rechazo escolar, en una muestra de estudiantes de nivel primario y secundario.

**Método:** 334 alumnos, 150 de nivel primario y 184 de nivel secundario (M=12.0, DT=1.6, rango 9-16 años, 58% mujeres) fueron evaluados con el inventario de miedos escolares (IME), el School Refusal Assessment Scale (SRAS), y el Fear Survey Schedule for Children-Revised (FSSC-R).

**Resultados:** La prevalencia de miedos escolares de mayor intensidad en la muestra de nivel primario en comparación con el nivel secundario fueron: repetir curso (80% vs. 68.5%) y suspender los exámenes (76.7% vs. 34.3%). Los miedos expresados más prevalentes en primaria están asociados a sanciones escolares, en cambio se observa un factor más interpersonal de vergüenza social en mujeres y bullying en varones de secundaria. Se encontraron diferencias significativas en los miedos generales ( $t = 3,410, p=0.001$ ), siendo mayor en alumnos de primaria respecto a los de secundaria, y más intensos en las chicas que en los chicos. Las subescalas del miedo al fracaso-crítico ( $r = -.199, p=.007$ ) y miedo a lo desconocido ( $r=-0.179, p=0.015$ ), correlacionan de forma negativa y significativamente con la subescala de obtención de recompensa por reforzamiento positivo del SRAS.

**Conclusiones:** Se encontraron diferentes patrones de miedos escolares y generales entre las poblaciones de nivel primario y secundario, así como relaciones inversas con la variable funcional de obtención de recompensa del rechazo escolar.



## Intervención terapéutica mediante el juego en pacientes del espectro autista. A propósito de un caso

**ALBEROLA LEGORBURO N; MARCOS MÉNDEZ I; MILLET GREGORI A; TOMÁS BONORA I; GARCÍA MIRALLES I. Centro Salud Mental Infantil Benicalap**

**Objetivos:** Descripción del caso de un niño de 2 años con rechazo al contacto interpersonal y ausencia de contacto ocular. Destaca un retraso en la adquisición del lenguaje.

**Métodos:** Se realizan exploraciones complementarias, pruebas psicométricas y entrevistas clínicas junto a una serie de intervenciones terapéuticas mediante el juego.

### Resultados

	AL DIAGNÓSTICO	EN LA ACTUALIDAD
Lenguaje	Emitía ruidos Jerga propia No respondía a su nombre	Emite palabras y frases cortas Responde por su nombre
Gestualidad	No señalaba para expresar interés No usaba la cabeza para afirmar o negar Decía adiós con la mano Capaz de imitar acciones	Sí señala para expresar interés Emplea la cabeza para afirmar o negar Se despide gestual y verbalmente
Afecto	Expresaba alegría al llegar a la consulta Cierta sonrisa social Se mostraba afectuoso besando en la cara	La sonrisa social es completa
Contacto ocular	No contacto ocular	Mantiene buen contacto ocular
Memoria	Repetía acciones aprendidas Recordaba donde se guardaban los juguetes	Mayor desarrollo en estas habilidades
Juego	Predilección por juegos de arrastre y puzzles Identificaba bien algunas partes de la cara Guardaba juguetes cuando se ordenaba No buscaba interacción con resto de niños en el juego No respondía al ser llamado, mostrando cierto aislamiento	Reconoce bien la mayoría de las partes de la cara Busca espontáneamente la interacción con otros niños Responde cuando se le llama Menor tendencia al aislamiento

**Conclusiones:** Anna Freud empezó a utilizar el juego como un medio de evaluación y trabajo con los niños. Los juegos pueden utilizarse de forma adjunta al proceso terapéutico total o como el centro del mismo. Los juegos suministran un medio terapéutico significativo ya que tienen en cuenta la comunicación de sentimientos, preocupaciones y al mismo tiempo proporcionan una salida para éstos, otorgan la oportunidad de experimentar y practicar nuevas conductas.

## El Síndrome PANDAS

**RODRÍGUEZ PASCUAL M.; MUÑOZ SAMONS DL. Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona)**

**Objetivo:** Exponer un caso clínico para el estudio de patología neuropsiquiátrica de origen autoinmune en la infancia.

### Método

**Caso:** paciente de 6 años ingresado en unidad de agudos para estudio de tics fónicos y motores complejos, conductas extrañas ritualizadas e hiperactividad.

**Antecedentes médico-quirúrgicos:** adenoidectomía.

**Historia evolutiva:** desarrollo psicomotor normal. Escolarización satisfactoria.

**Antecedentes psiquiátricos:** no presenta.

**Enfermedad actual:** inicio brusco de alteración de conducta con irritabilidad y tics motores cefálicos una semana después de cuadro de faringoamigdalitis que requirió tratamiento antibiótico. Empeoramiento progresivo, incremento de irritabilidad, heteroagresividad, inquietud psicomotora y dificultades para la concentración. Aparición de tics motores complejos y fónicos (coprolalia). Existencia de conductas obsesivas (rascarse, juntar las piernas cuando se abrían las puertas, olerse las manos, lamer suelos y objetos, negativa a mojarse las manos).

### Resultados

**Exploración psicopatológica:** Consciente y orientado. Irritable. Negativista. Heteroagresivo físicamente. Ansiedad elevada. Hipotimia reactiva. Discurso coherente y estructurado, respuestas monosilábicas o “no lo sé”. Curso del pensamiento normal. Contenido del pensamiento con ideas obsesivas con compulsiones de carácter diverso. No clínica psicótica. Inquietud psicomotora. Tics motores complejos y fónicos. Escaso insight.

**Evolución:** Se realizan analítica general con niveles hormonales y anticuerpos, examen de LCR, EEG y RMN que resultan todos normales, salvo niveles de ASLO elevados y frotis faríngeo y hemocultivo positivos para estreptococo. Se inicia tratamiento sintomático con antidepressivo a dosis altas (sertralina) para las obsesiones y compulsiones, antipsicótico (haloperidol) para los tics y atomoxetina para el déficit de atención e hiperactividad, produciéndose una mejoría significativa a nivel global.

**Conclusiones:** La aparición de trastornos del movimiento (tics e hiperactividad) y alteraciones psiquiátricas (ansiedad, síntomas obsesivos-compulsivos y déficit de



- 14 atención), de forma brusca tras una amigdalitis por estreptococo beta hemolítico del grupo A (ASLO elevado, frotis faríngeo positivo) orienta el cuadro como un síndrome PANDAS (enfermedad pediátrica neuropsiquiátrica de origen autoinmune asociada a estreptococo).

## Entrenamiento en memoria de trabajo en niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: efectos sobre la memoria de trabajo, la inhibición de respuesta y los síntomas clínicos

**BIGORRA GUALBA A.; CAÑAMARES MARTÍNEZ S.; GUIJARRO DOMINGO S.; GAROLERA FREIXA M.; HERVAS ZÚÑIGA A.** Hospital U.Mutua de Terrassa

La Memoria de trabajo y la Inhibición de respuesta son dos Funciones Ejecutivas deficitarias en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Estudios previos han demostrado que un entrenamiento computerizado en Memoria de trabajo es eficaz en la mejora de estas funciones cognitivas y de los síntomas clínicos en niños con TDAH (Klingberg 2002; Klingberg 2005; Holmes 2009).

**Objetivo:** Estudiar el efecto de un entrenamiento computerizado en Memoria de trabajo sobre la Memoria de trabajo e Inhibición de respuesta, así como sobre los síntomas clínicos de una muestra de niños con TDAH españoles.

### Métodos

**Participantes:** 6 niños de edades comprendidas entre los 9 y los 14 años diagnosticados de TDAH. Uno de los participantes realizó tratamiento farmacológico con psicoestimulantes antes y durante el entrenamiento. Todos los participantes realizaron como mínimo 20 sesiones de entrenamiento de un total de 25.

**Medidas de resultados:** Se evaluó a los participantes antes y después de la intervención utilizando las siguientes medidas de evaluación: Dígitos del WISC-IV (Memoria de trabajo verbal), Localización Espacial de WMS-III (Memoria de trabajo visoespacial), Stroop (Inhibición de respuesta), escalas de Conners revisadas (síntomas clínicos del TDAH).

**Intervención:** El entrenamiento (RoboMemo®,

Cogmed Working Memory Training™) consiste en la realización diaria de 90 ejercicios de Memoria de trabajo verbal y visoespacial de dificultad creciente. La duración total del entrenamiento es de 25 sesiones.

**Resultados:** Los resultados definitivos se presentarán en el congreso. El análisis preliminar de los resultados muestra una tendencia a la mejora post intervención en las medidas de Memoria de trabajo e Inhibición, así como una reducción de los síntomas clínicos de TDAH.

**Conclusión:** El entrenamiento computerizado en Memoria de trabajo es eficaz sobre las Funciones Ejecutivas Memoria de trabajo e Inhibición de respuesta, así como sobre los síntomas clínicos de una muestra de niños españoles con TDAH.

## Programa de Interconsulta de la USMI-J del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla

**SÁNCHEZ BATANERO M; ESPAÑA RÍOS I; LÓPEZ DÍAZ A.** USMI-J Hospital Virgen del Rocío de Sevilla

**Objetivo:** dar a conocer el trabajo realizado respecto al programa de Interconsultas Hospitalarias, que llevamos a cabo en la USMI-J del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, así como mostrar los datos obtenidos, referentes al ejercicio 2009.

**Método:** descripción del funcionamiento del programa y análisis de la demanda de intervención por parte de los diferentes Servicios Hospitalarios.

**Conclusiones:** es necesario un Programa de Interconsulta de Salud Mental Infanto-juvenil para dar respuesta a la actual demanda de los Servicios de nuestro Hospital.

## El huerto urbano: una terapia alternativa

**MONTAÑA PONSÁ S.; RODÓ AMAT M.; ROQUERO RODRÍGUEZ I.; MORAL NAVARRO L.; PARERA TURULL M.** Hospital de Día de Adolescentes, Mutua de Terrassa

Desde el Hospital de Día de Adolescentes del Hospital Universitario Mutua de Terrassa, presentamos el proyecto de un huerto urbano que se inició en el año 2007.



A través de este proyecto, transversal y multidisciplinar, se trabajan diversas áreas de rehabilitación a fin de favorecer aspectos relacionados con la autonomía, el contacto con el entorno, los hábitos saludables, la creatividad y las habilidades sociales, entre otros.

Ubicado en la planta 2 del edificio de Vallparadís, se trata de un huerto urbano adaptado. Los adolescentes y usuarios de la Residencia de ancianos del Centro Socio Sanitario cuidan de él y comparten conocimientos y experiencias.

Los objetivos generales del proyecto son:

- Potenciar el conocimiento y el respeto hacia la naturaleza, la salud y el medioambiente.
- Apoyar el conocimiento e intercambio de experiencias entre generaciones.
- Promover la iniciativa, la tolerancia y el esfuerzo, favoreciendo la mejora de la autoestima.
- Posibilitar la elaboración de platos de cocina con los productos del huerto.
- Favorecer el desarrollo de las habilidades sociales.
- Potenciar aspectos relativos a la expresión y la creatividad.

Después de 3 años de funcionamiento, valoramos positivamente el proyecto en los siguientes aspectos:

- Consecución de la mayor parte de objetivos generales.
- Importancia de la multidisciplinariedad y la transversalidad.
- Buena acogida y implicación en el proyecto por parte de los adolescentes, ancianos y profesionales.
- Proyecto vivo y en constante evolución.
- Una actividad que implica aspectos productivos, lúdicos, sociales puede servir como elemento rehabilitador.

## Descripción de una muestra de adolescentes bipolares

**SILVIA MONTAÑA PONSÁ; VENTURA MALLOFRÉ ESTER; PUJOL-RIERA CRISTINA; ESPADAS MARTA.**  
Hospital de Día de Adolescentes, Mutua de Terrassa

**Objetivo:** realizar un estudio descriptivo de los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar ingresados en el Hospital de Día de Adolescentes (HDA) de Terrassa desde el 1 de enero de 2007 hasta el 31 de marzo de 2010. Valoramos antecedentes psiquiátricos familiares, comorbilidad psiquiátrica, necesidad de ingreso en Unidad de

Agudos, y tratamiento farmacológico: tipo de fármaco y respuesta clínica.

**Material y métodos:** se han reclutado un total de 15 pacientes, 7 chicas y 8 chicos, de edades comprendidas entre 11 y 17 años.

El diagnóstico, según DSM-IV-TR, se basa en la evaluación psiquiátrica, entrevista semiestructurada Kiddie-Sads y batería neuropsicológica.

Se describen los tratamientos farmacológicos a través de la revisión de historias clínicas.

La evolución se valora por criterio clínico y a través de la escala EEAG del eje V del DSM.

**Resultados:** la mitad de los pacientes ha precisado 3 o más fármacos para controlar la sintomatología. Aunque 11 de ellos han precisado ingreso en UA, en 6 casos dicho ingreso fue previo a su estancia en el HDA. Sólo en 2 pacientes se confirma que no tienen ningún antecedente familiar de trastorno afectivo.

**Conclusiones:** el hospital de día es un buen recurso para el tratamiento de adolescentes con trastorno bipolar. Se pone de manifiesto la alta incidencia de antecedentes familiares, así como la necesidad de uso de dos o más fármacos para la estabilización clínica.

## Perfil Neuropsicológico del paciente con TDAH

**LURDES DUÑÓ AMBRÓS; SIBINA GARCÍA SALVADOR; ACEÑA DÍAZ MARTA; BATLLE VILA SANTIAGO; CAMPRODÓN ROSANAS ESTER; IBÁÑEZ MARTÍNEZ NURIA; ESTARDA PRAT XAVIER; MARTÍN LÓPEZ LUÍS MIGUEL.** Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ)

**Introducción:** A partir de las teorías de Cattell-Horn-Carroll y mediante estudios factoriales, se han definido nuevos conjuntos de aptitudes, que pueden ser relevantes en el análisis de resultados en el WISC-IV. Las puntuaciones resultantes en grupos especiales, puede ser de gran utilidad en clínica para ofrecer información sobre la especificidad de los tests y de evaluación en el diagnóstico. El objetivo es detectar patrones regulares que puedan producirse para cada trastorno.

**Objetivo:** Determinar el perfil neuropsicológico, en las pruebas del WISC-IV, de los pacientes diagnosticados de TDAH.

**Método:** Se ha realizado un análisis descriptivo de los resultados en la pruebas del WISC-IV de aquellos pacien-





16 tes diagnosticados, según criterios DSM-IV, de TDAH en el último año en nuestro centro. La muestra esta formada por un grupo  $n=53$  (38 chicos y 15 chicas), con edades comprendidas entre los 6 y 15 años.

**Resultados:** Los resultados ponen de manifiesto que en las puntuaciones compuestas del WISC-IV, la muestra analizada obtiene puntuaciones medias más bajas en Memoria de Trabajo y Velocidad de Procesamiento, esto se mantiene para ambos sexos. De las puntuaciones escalares en las distintas tareas los peores resultados corresponden a Claves y Dígitos para el total de la muestra y el grupo de chicos y Claves y Letras y Números para el grupo de las chicas.

**Conclusiones:** Los datos son coherentes con la mayoría de trabajos, respecto a que los puntos débiles en pacientes con TDAH deben encontrarse en Memoria de Trabajo y Velocidad de Procesamiento. Pero en nuestra muestra, parece insinuarse un patrón distinto por sexos en las puntuaciones escalares en las distintas tareas que podría ser interesante seguir estudiando.

## Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y deficiencia intelectual: estudio piloto comparativo de rasgos neuropsicológicos

BESCOS ARTERO, MJ; SMITH, A.; SIMONOFF, E.  
Departamento de Psiquiatría del niño y del adolescente;  
Instituto de Psiquiatría; King's College (Londres).

**Objetivos:** Hay poca información sobre cognición en trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) comórbido con discapacidad intelectual (TDAH-DI). Un mayor conocimiento puede contribuir a la mejora de planes de intervención. Este estudio piloto examina si niños con TDAH-DI presentan perfiles similares a aquellos con sólo TDAH.

**Métodos:** Comparamos 13 niños con TDAH y retraso mental moderado/severo (TDAH-DI) con un grupo de "solo TDAH" ( $n=28$ ) y controles ( $n=29$ ) en la prueba Go-noGo. Las variables evaluadas: probabilidad de inhibición (PI), desviación estándar de tiempos de reacción (DS-TR) y omisiones. Se hizo una comparación de grupos usando análisis de varianza (ANOVA) para DS-TR y PI; y regresión logística ordinal para omisiones utilizando Stata. Se controló la edad mental usándola como covariable.

## Resultados

	TDAH-DI	TDAH	Controles	
PI	73.84(15.96)	71.42(18.49)	84.20(13.62)	$F(67,2)=4.79, p=0.011^*$
DS-TR	145.14(50.24)	127.13(42.51)	99.54 (36.41)	$(F(67,2)=6.26, p=0.0032^*$
Omisiones	5.32(4.52)	1.17(1.69)	0.80(1.34)	$LR\ chi(2)=16.40, p=0.0003^*$

El grupo con TDAH es más impulsivo que el control ( $p=0.015$ ), medido por la variable PI, pero no más que el de TDAH-ID ( $p=0.166$ ). Niños con TDAH-DI presentan mayores DS-TR que controles ( $p=0.007$ ), pero no más que hiperactivos (TDAH) ( $p=0.050$ ). Un mayor porcentaje de niños con TDAH-DI tienen más de 4 omisiones en comparación con hiperactivos ( $p=0.002$ ) y controles ( $p=0.000$ ). Estas diferencias permanecen tras controlar la edad mental, salvo en DS-TR ( $F(66,2)=3.07, p=0.053$ ).

**Conclusiones:** El perfil neuropsicológico en TDAH+DI en la tarea Go-noGo se caracteriza por una mayor variabilidad de respuesta intrasujeto (DS-TR), que desaparece controlando edad mental, y más errores de omisión. Una muestra mayor permitirá conclusiones más firmes.

## Érase una vez un niño

CARMEN IRANZO TATAY; YAÑEZ NURIA; MARTÍN MARTÍN ISABEL; SÁEZ VANESSA; ALBEROLA NURIA; GARCÍA ISABEL; MARCOS INMACULADA.  
Hospital la Fe (Valencia)

**Objetivos:** Realizar un adecuado diagnóstico diferencial es una tarea difícil a la que se enfrentan los psiquiatras. La clínica de algunos prepúberes plantea la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial entre TDAH y Trastorno Bipolar, en ocasiones comórbidos, o presentar otras patologías asociadas, llegando a plantear un verdadero reto.

**Material:** Exposición de un caso de un niño adoptado a los 4 años de edad que desde los 6 empieza un peregrinaje por distintos especialistas, recibiendo diversos diagnósticos, fundamentalmente TDAH, hasta los 13 años, cuando se diagnostica de T. Bipolar comórbido a Trastorno del Vínculo Desinhibido, con espectacular respuesta al Litio. Había sido valorado en 7 centros, recibiendo distintas pautas farmacológicas y los familiares distintas orientaciones.

**Resultados:** A los 6 años se introduce Metilfenidato con mala tolerancia. Se ensaya con estabilizadores como anti-impulsivos, junto con neurolepticos para paliar los



trastornos de conducta (oxcarbamacepina, valproato, risperidona, quetiapina, atomoxetina, etc.) persistiendo graves problemas de conducta, inadaptación social y fracaso escolar. El Litio ha permitido al paciente conseguir una estabilidad emocional y escolar, mejorando el clima familiar.

**Conclusiones:** Un error frecuente es diagnosticar de TDAH a niños Bipolares. Se estima un retraso en el diagnóstico de 3-4 años desde la primera consulta. Es un reto para el profesional cuando, como en este caso, existen diversos factores de confusión, como el hecho de ser un niño adoptado, un TVD comórbido, que le lleva a ser rechazado por sus iguales, etc. Es importante no desistir, un diagnóstico y tratamiento adecuado permite la estabilidad clínica.

## Psicosis postinfecciosa: ¿entidad real o parte de otros diagnósticos?

GONZÁLEZ SANTANA SABRINA; MARTÍN JIMÉNEZ JOSÉ M<sup>a</sup>; SÁNCHEZ DÍAZ ISIDORO; GUTIÉRREZ CASARES JOSÉ RAMÓN. Hospital de Día Infanto Juvenil de Las Palmas

**Introducción.** En el capítulo F06 de la CIE10 se incluyen distintos trastornos mentales causados por alteraciones cerebrales debidas a enfermedad cerebral primaria, a enfermedad sistémica o de otra naturaleza que afecta secundariamente al cerebro, entre los cuales nos encontramos con las alucinosis orgánicas y los trastornos de ideas delirantes orgánicos, entre otros.

**Objetivos:** descripción de varios casos de sintomatología psicótica en niños que previamente habían presentado clínica infecciosa, sin evidenciarse otros factores desencadenantes y con una resolución espontánea y completa de la misma.

**Métodos:** se revisan las características de los casos presentados, buscando semejanzas y diferencias. Se realiza una búsqueda bibliográfica sobre las psicosis orgánicas, más específicamente, las relacionadas con cuadros infecciosos en niños y adolescentes.

**Resultados:** Los casos con los que nos hemos encontrado se asemejan en muchas características: todos se han producido en niñas prepuberales, con clínica previa de infección respiratoria y fiebre, con inicio de los síntomas psicóticos (predominantemente alucinaciones auditivas y visuales) durante la remisión de la infección y con restitución "ad integrum" posterior. Las diferencias funda-

mentalmente se han producido en relación a la duración de los síntomas psicóticos en el tiempo, así como en la recidiva en algunos casos.

**Conclusiones:** a pesar de que en las categorías diagnósticas permanecen como entidad clínica las psicosis de origen orgánico, las de causa infecciosa (no localizada), como las que presentamos en nuestro trabajo, parecen haber desaparecido de los libros, permaneciendo tan sólo las secundarias a sífilis y a VIH. ¿Significa esto que han desaparecido, o por el contrario, implica que no se está atendiendo esta patología desde salud mental? En los casos presentados, ningún otro factor desencadenante, distinto a la infección y la fiebre, fue hallado; repitiéndose la clínica en las recidivas.

## Las transiciones: un proyecto de intervención terapéutica grupal

FERNÁNDEZ BENAGES N; GAIRAL SÁNCHEZ-ORO C; BEUMALA SOLÉ J; ILLA CREIXELL N; BURGOS BONEL FJ; FERNÁNDEZ MAYORALAS MC; CASTILLO MURILLO J; SALAET BARRERA M; DELGADO MAGRO I. Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil Anoia

Las transiciones son una parte inherente del individuo, donde avanzar supone superar un conjunto de dificultades que, en un momento determinado, pueden producir una ruptura en el proceso cambiante. La capacidad de adaptación de cada individuo a cada proceso variará dependiendo de la situación en la que se encuentre el mismo. De aquí que sea importante afrontar las transiciones desde una perspectiva favorable, considerándolas como una oportunidad de aprendizaje y crecimiento. Se trata de llegar a un nuevo equilibrio tras superar un periodo de disonancia o incertidumbre, en el que la angustia, generada por el cambio, puede causar verdaderos estragos.

**Objetivo:** Elaboración de un proyecto grupal terapéutico dirigido a los usuarios atendidos en el CSMIJ (Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil) Anoia que se encuentran en el traspaso de primaria a secundaria.

**Métodos:** Podrán participar en el grupo aquellos pacientes que cumplan los siguientes criterios:

- usuarios del CSMIJ Anoia cuyo trastorno se manifieste con ansiedad
- estén cursando 6º de primaria
- el paso a secundaria implique un cambio de Centro



**18** El grupo llevado a cabo será de carácter cerrado y tendrá duración de un año. Las sesiones quincenales tendrán una duración de 1h. En ellas se abordará las ansiedades, miedos y otras emociones que puedan surgir ante la expectativa del cambio.

Los resultados que se esperan obtener son:

- disminución de la sintomatología ansiosa
- favorecer la vinculación al CSMIJ
- favorecer el traspaso a secundaria
- disminuir el absentismo escolar

**Conclusiones:** El abordaje grupal de la singularidad de cada individuo facilitará el afrontamiento al cambio, disminuyendo así las consecuencias negativas causadas por las transiciones.

## Revisión del programa Hospital de Día de Trastornos de Conducta Alimentaria tras 10 años de funcionamiento

MARI CARMEN MARTÍNEZ CANTARERO; FAYA BARRIOS MM; CAMPOS DEL BARCO C; GRAELL BERNA M; VILLASEÑOR MONTERROSO A; MORANDÉ LAVÍN G. Hospital I. U. Niño Jesús (Madrid)

**Introducción:** El Hospital de Día de trastornos alimentarios se fundó en el 2000. De modelo bio-psico-socio-pedagógico atiende 12 pacientes cinco días/semana en actividades intensivas grupales en estancia mínima de 4 semanas.

**Objetivos:** Estudio descriptivo, naturalístico y retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de TCA que han seguido el programa, los resultados y la derivación al alta.

**Material y métodos:** En 43 pacientes durante 6 meses (15 Septiembre 2009 - 15 Marzo 2010) se ha empleado un cuestionario de recopilación de datos de elaboración propia con las variables: edad, sexo, nº admisión, indicaciones, diagnóstico, duración de enfermedad, tiempo de estancia, intervenciones familiares, tipo de evolución y derivación.

### Resultados

- Edad promedio: 16 años, todas mujeres excepto 1 varón
- Primera admisión 34 (80%) Segunda admisión 9 (20%)
- Indicaciones: completar hospitalización 21 (48%), alternativa a hospitalización 22 (52%)

- Diagnóstico: ANR 16 (37,2%), ANP 10 (23,2%), BN 10 (23,2%), EDNOS 7 (16,27%)
- Duración de enfermedad: 1-2 años: 23 (58,1%), 2-4 años: 11 (25,5%), > 4 años: 7 (16,3%)
- Estancia promedio: 6 semanas (rango de 4-11)
- Tratamiento: completo 36 (84%) incompleto 7 (16%)
- Intervenciones Familiares 20 en 16 pacientes (37%)
- Evoluciones positivas 30 (70%) Resistentes: 13 (30%)
- Derivaciones: Psicoterapia Grupo 1vez/semana 25 (58,1%), Hospitalización 5 (11,6%), Otras combinaciones 9 (23,2%) Otro Hospital de Día 4 (9,3%)

**Conclusiones:** El 58% de los pacientes accedieron de forma adecuada al programa post-alta grupal semanal. Los casos resistentes precisan una mayor frecuencia para evitar la hospitalización. El grupo de Transición de 4-12 semanas constituye nuestro reto terapéutico actual.

## Análisis factorial de la inteligencia en niños con TDAH

ISABEL MIERNAU LÓPEZ; GARCÍA CAMPOS NATALIA; AMADOR LILIANA; LORO MERCEDES; BENÍTEZ MARÍA; TAJIMA KAZUHIRO; QUINTERO JAVIER. Clínica Doctor Quintero

**Introducción:** El TDAH es el trastorno psiquiátrico más importante de los que afectan a los niños en la edad escolar, con cifras de prevalencia que oscilan entre el 4 y el 8% (Correas et al, 2006); ocasionando importantes alteraciones en el funcionamiento diario (Barkley, 2002; Biederman et al., 2000). La disfunción ejecutiva es característica de dichos pacientes. Las escalas de inteligencia como WISC-IV permiten extraer información sobre aspectos del funcionamiento ejecutivo, mediante un análisis factorial evaluando además de la Comprensión Verbal y del Razonamiento Perceptivo, factores como la Memoria de Trabajo y la Velocidad de Procesamiento, afectados en pacientes con TDAH.

**Objetivo:** Análisis factorial de la inteligencia en pacientes TDAH en función de la edad, sexo y subtipo clínico.

**Material y Método:** Se analizaron los pacientes ingresados en una Unidad de Psiquiatría y Psicología de Niños y Adolescentes en Madrid, entre el año 2007 hasta el 2009. Se seleccionaron 255 pacientes (6 a 12 años) diagnosticados de TDAH subtipos combinado (Grupo I:



n=85) e inatento (Grupo II: n=85) según el DSM-IV-TR, tras una evaluación psicológica completa. Se compararon los datos obtenidos en ambos grupos en el WISC-IV con un grupo control (Grupo III: n=85).

#### Resultados y Conclusiones

Los resultados señalan que las medias de los diferentes factores de inteligencia son superiores en el Grupo III excepto en el Razonamiento Perceptivo.

La mayor diferencia en la media la encontramos en:

- La MT: Gr I (102, 51), Grupo II (102.80) y Gr III (107,88)
- La VP: Gr I (100, 70), Grupo II (98.34) y Gr III (104,45)

Comparando los subtipos de TDAH encontramos:

En GR I mejores resultados en CV y VP

En GR II mejores resultados en CIT, RP, MT

Se analizan estos datos y se presentan las conclusiones tras una comparación de los resultados publicados.

## Grupo de enfermería de los Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil

NARANJO DÍAZ MC; BRETONES RODRÍGUEZ A;  
MORÉ ORRIOLS E; LÓPEZ GARCÍA M<sup>a</sup>J; PÉREZ  
GARCÍA J.A; FERNÁNDEZ BENAGES N;  
FERNÁNDEZ MONTERO R; PÉREZ CALATRAVA D;  
VILERT HORTA C; ABELLAN V; COLELL I ARENY E.  
Grupo de Enfermeros CSMIJ Catalunya

#### Objetivos

- Elaboración de una valoración de enfermería infanto-juvenil consensuando planes de cuidados.
- Elaboración de una cartera de servicios
- Creación de una página web para mantener el contacto directo entre los diferentes enfermeros de los CSMIJ de Cataluña.

**Metodología:** En todas las Comunidades Autónomas de España la atención de Salud Mental de niños y adolescentes está integrada dentro de la Sanidad General, tal y como recomienda la Ley General de Sanidad. No obstante, el desarrollo de estos dispositivos ha sido lento, irregular y disgregado.

Realizamos una descripción de la situación de los enfermeros y presentación del grupo de trabajo de enfermería de centros de salud mental infanto-juvenil.

Cataluña ha sido una comunidad pionera en el intento de reformar la salud mental. El nuevo paradigma de atención sostiene que la enfermedad mental puede ser tratada

i rehabilitada como cualquier otra enfermedad, utilizando toda la red de recursos y sin necesidad de exclusión.

**Resultados:** Inicialmente, el territorio catalán contaba con nueve CSMIJs que disponían de enfermera. No es hasta Octubre del 2006, que la incorporación de enfermería, mayormente supeditada por la implantación de programas de atención específica, asciende a 22 profesionales y es cuando surge la necesidad de compartir inquietudes y subsanar tanto la falta de formación específica como la de modelos referentes en salud mental infanto-juvenil. El 41% de los trabajadores de salud mental son enfermeras y representan un papel fundamental en la prestación de servicios en la mayoría de países, aunque la falta de enfermeras especialistas se hace evidente.

**Conclusiones:** Las reuniones mensuales han supuesto un punto de inflexión en nuestra trayectoria profesional, ya que la necesidad inicial de compartir experiencias se ha convertido en el deseo de generar una práctica profesional común y mejor definida.

## Conflictiva familiar y social en paciente con trastorno disocial complicado con un duelo patológico: a propósito de un caso

MENTXAKA SOLOZÁBAL OIHANE; GONZÁLEZ AMOR IRATXE; MORRÁS ABAURRE FERNANDO; MARTÍNEZ MONEO MATILDE; OTERO LARREA MARÍA; MUTUBERRIA GALZAGORRI M<sup>a</sup> ÁNGELES; VERGARA AGUIRRE M<sup>a</sup> ÁNGELES; OTEIZA AZCONA SILVIA. Hospital de Día Infanto-Juvenil del Servicio Navarro de Salud

**Introducción:** El trastorno disocial se refiere a la presencia recurrente de conductas distorsionadas, destructivas y de carácter negativo, además de transgresoras de las normas sociales en el comportamiento del individuo que supone un problema clínico importante e implica en muchas ocasiones disfunción familiar y social por sus características intrínsecas y sus posibles consecuencias.

**Objetivos:** Analizar la conflictiva familiar y social de un paciente diagnosticado de trastorno disocial y complicado con un duelo patológico comórbido.

**Método:** A través de la presentación de un caso clínico real afecto de trastorno disocial, se observa la influencia de la aparición de un duelo complicado en la tórpida evolución del trastorno.



**20 Resultados:** En el caso presentado se evidencia la influencia de un duelo complicado premórbido en la tórvida evolución de un paciente disocial.

**Conclusión:** Importancia de la estructura familiar y social en la evolución de los trastornos disociales.

## Psicosis adolescente. Colocando el puzzle

**GARCÍA SÁNCHEZ ANA; GONZÁLEZ SANTANA SABRINA.** Centro de Salud Mental Puerto

**Objetivos:** Descripción del caso clínico de una adolescente de 15 años como ejemplo de patología grave abordada tras una larga evolución sin tratamiento, lleva 2 años sin asistir a la escuela sin recibir ayuda social o psiquiátrica. Descripción de la riqueza sintomática del caso y de la sorprendentemente buena respuesta inicial al tratamiento.

**Métodos:** Ante la no asistencia de la adolescente al Centro de Salud Mental, se realizan varias visitas domiciliarias para valorar la psicopatología de la paciente. Presenta un diagnóstico inicial de Trastorno psicótico comórbido con Trastorno de la Alimentación. Se establece un plan terapéutico entre diferentes dispositivos de la red de Salud Mental con el objetivo de intervenir intensiva pero progresivamente dada la historia de evitación social de la paciente, y de evitar en la medida de lo posible un ingreso hospitalario. Se utiliza la escala EEAG de Actividad Global como medida objetiva de la evolución.

**Resultados:** Se realiza contrato terapéutico con la paciente, por el cual debe asistir al Hospital de Día Infanto-Juvenil para seguir su plan individualizado de tratamiento. Se plantea, como alternativa, un ingreso en la Unidad de Media Estancia (por considerarla menos impactante para una adolescente que la Unidad de Agudos) en caso de que no se consiga la necesaria asistencia al Hospital de Día o empeoramiento de la clínica. Se combina el tratamiento psicoterapéutico con el farmacológico, obteniendo un mes después del comienzo del tratamiento en Hospital de Día una puntuación en la escala EEAG inferior a la obtenida al inicio de la valoración psiquiátrica.

**Conclusiones:** La inicial buena respuesta al tratamiento de esta paciente hace plantearnos si una detección más temprana por parte de Atención Primaria o los Servicios Sociales a partir de la sintomatología que se iba desarrollando podría haber “frenado” el cuadro de grave

desorganización, abandono personal, social y escolar, y sufrimiento que presentaba la paciente cuando se comenzó a valorar psiquiátricamente. Este hecho nos hace reflexionar sobre la atención que reciben niños y adolescentes en el siglo XXI por parte de los dispositivos sociales y médicos que entre otras cosas, deben velar por su adecuado desarrollo.

## La terapia familiar como herramienta de tratamiento de Trastornos de Conducta Alimentaria Infanto-Juveniles

**MENTXAKA SOLOZÁBAL OIHANE; OTERO LARREA MARÍA; MORRÁS ABAURRE FERNANDO; VARGARA AGUIRRE M<sup>a</sup> ÁNGELES; MUTUBERRIA GALZAGORRI M<sup>a</sup> ÁNGELES; MONCLÚS MUÑOZ FERNANDO; OTEIZA AZCONA SILVIA; GONZÁLEZ AMOR IRATXE.** Hospital de Día Infanto Juvenil del Servicio Navarro de Salud

**Introducción:** La Terapia Familiar está indicada en niñas/os y adolescentes con Anorexia Nerviosa (Guía NICE), aunque, con frecuencia, sus técnicas resultan poco conocidas para los profesionales de Salud Mental.

**Objetivo:** Presentar diversas estrategias originales empleadas desde el modelo de Terapia Familiar Breve para los TCA.

**Método:** A propósito del caso de una adolescente con Anorexia Nerviosa se describe el protocolo de tratamiento general desde un Hospital de Día Infanto-Juvenil en Navarra que combina pautas conductuales para renutrición con Terapia Familiar. Se describe el enfoque de los TCA desde la Terapia Familiar, así como diversas técnicas que pueden resultar de utilidad a los profesionales que trabajan con este tipo de casos.

**Conclusión:** La Terapia Familiar resulta un modelo prometedor para diversos problemas en la infancia y adolescencia, especialmente en trastornos como los TCA en los que, en ocasiones, resulta difícil el abordaje psicoterapéutico individual y grupal.



## Eficacia mantenida de dimesilato de lisdexanfetamina en el plazo de 13 horas, evaluada conforme al tamaño del efecto en niños con trastorno de déficit de atención/hiperactividad

SHARON WIGAL; SCOTT KOLLINS; ANN CHILDRESS; BEN ADEYI; LIZA SQUIRES. Universidad de California, Irvine, Centro de Desarrollo Infantil, Irvine, CA

**Objetivo:** Examinar los tamaños del efecto de dimesilato de lisdexanfetamina (LDX) frente a placebo en el plazo de 13 horas (h) en niños/as de 6 a 12 años. LDX es un profármaco estimulante de acción prolongada indicado para el trastorno de déficit de atención/hiperactividad (TDAH) en niños y adultos en los Estados Unidos pero no en Europa.

**Métodos:** En Estados Unidos, se inscribieron niños con TDAH en un estudio escolar del LDX abierto, con optimización de dosis y aleatorizado, controlado con placebo y dos fases cruzadas. Los mínimos cuadrados (LS) de tamaños del efecto para mediciones que incluían la escala Swanson, Kotkin, Agler, M-Flynn y Pelham (SKAMP-D [comportamiento] y -A [atención]) y la escala Permanent Product Measure of Performance (PERMP-A [intentado]) se evaluaron antes de la toma y 1,5-13 h postdosis. Las medidas de seguridad incluyeron acontecimientos adversos emergentes al tratamiento (AAET).

**Resultados:** 111 de 129 sujetos inscritos completaron el estudio. Los tamaños del efecto SKAMP-D, SKAMP-A y PERMP-A en LS globales (error estándar [EE]) (LDX frente a placebo) fueron -1,7 (0,18), -1,5 (0,17) y 1,8 (0,18), respectivamente. A las 1,5, 5 y 13 h postdosis, los tamaños de efecto LS (EE) fueron -0,7 (0,14), -1,4 (0,16) y -0,4 (0,14) para SKAMP-D; -0,6 (0,14), -1,2 (0,16) y -0,8 (0,14) para SKAMP-A; y 0,6 (0,14), 1,4 (0,16) y 1,1 (0,15) para PERMP-A. Los AAET durante la optimización de dosis incluyeron reducción de apetito (47%), insomnio (27%) y dolor de cabeza (17%), que descendieron en la fase cruzada (6%, 4% y 5%, respectivamente).

**Conclusiones:** Los efectos de LDX se mantuvieron todo el día con tamaños de efecto globales grandes y tamaños del efecto mediano a grande en intervalos hasta las 13 h postdosis.

*Financiado con fondos de Shire Development Inc.*

## Planes de cuidados de enfermería en una unidad de crisis de adolescentes, herramienta básica para unificar resultados

GOMARIZ MUÑOZ MAITE; FORT I CIURET JORDI; RODRÍGUEZ TRABALÓN MARÍA JOSÉ; TASSARA TACO GIOVANNA; HERRERA RAMOS ISAAC. HPU Institut Pere Mata. Reus

**Introducción:** Nuestra Unidad de Crisis Adolescentes, es un recurso de hospitalización completa e intervención en crisis, para adolescentes de 11 a 18 años, con patología psiquiátrica que no puede ser tratada en otro dispositivo menos restrictivo. Es el único recurso de este tipo, de la red de salud mental infanto-juvenil de la provincia de Tarragona, de la que también forman parte el Hospital de Día para Adolescentes (HDA) y los Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil. Forma parte de la Clínica Psiquiátrica Universitaria del Institut Pere Mata de Reus, donde está ubicada en un módulo específico de 10 camas. Es una Unidad cerrada y de acceso restringido. En funcionamiento desde enero de 2006.

**Objetivo:** Mejorar la calidad asistencial de los pacientes basándonos en la utilización de un Proceso de Atención de Enfermería en U.C.A.

**Desarrollo:** Se reflejará en el póster, la importancia de la elaboración de un plan de cuidados individualizado, que exige una evaluación y modificación continua de forma sistemática del proceso, dependiendo de toda la información recopilada durante todo el ingreso, llevado a cabo por la enfermera referente.

**Conclusión:** Desde la implantación del papel de la enfermera referente encargada de elaborar los planes de cuidados individualizados, se mejora la calidad asistencial ya que estimula la participación del paciente en el establecimiento de objetivos comunes y a su vez aumenta la satisfacción de los profesionales de enfermería ante la consecución de los resultados, garantizando la calidad de las curas de enfermería y la continuidad en la atención.



## 22 Apego inseguro en la infancia. Implicaciones psicológicas en el desarrollo del niño

**ABELLEIRA DOCABO MARTA; AMADO MERA ANA.**  
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de  
Compostela

El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre la importancia de los sistemas afectivos en los que crece el niño y de sus figuras de apego, y las implicaciones que puede tener un apego inseguro en la vida del niño y el adolescente, que supondrán una guía a seguir en sus relaciones adultas, haciéndolos más vulnerables a la psicopatología afectiva y de la personalidad. Es necesario reflejar la importancia de las relaciones de apego que se establecen en la infancia entre el niño y el cuidador, como factor clave para su desarrollo. Un apego patológico influye negativamente en el crecimiento del niño, con alta probabilidad de generar problemas de conducta en la infancia, o patologías mayores, que se perpetuarán en la adolescencia y adultez, aunque manifestándose de diferentes formas en cada una de estas etapas evolutivas.

Se hará una revisión, en donde se traten posibles situaciones que lleven a un apego inseguro, implicaciones psicológicas que conlleva, e intervenciones adecuadas en la psicopatología del apego.

Existe relación entre experiencias traumáticas en la infancia (abandono, abuso o pérdida) y un estilo de apego inseguro, y esto afecta al desarrollo de trastornos psicopatológicos como trastornos de la personalidad y trastornos afectivos, entre otros.

Se concluye la importancia de prevenir e intervenir en la infancia, puesto que gran parte de lo que somos se basa en los sistemas afectivos tempranos.

## “Niños tristes”: intervenciones psicológicas para la depresión en la infancia y adolescencia

**AMADO MERA A.; ABELLEIRA DOCABO M.** Complejo  
Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

La depresión en la niñez es un trastorno con las mismas características esenciales que la depresión adulta,

pero cuenta con particularidades específicas tanto en su descripción clínica como en su tratamiento. Recientemente se ha prestado una mayor atención a la depresión en la niñez y adolescencia y se han realizado estudios específicos sobre esta categoría ya que, se trata de un importante factor de riesgo para posteriores problemas en el desarrollo.

El objetivo de este trabajo es conocer la importancia de los tratamientos psicológicos existentes para la depresión en la infancia y adolescencia para lo que se realiza una revisión sobre las intervenciones eficaces actuales.

Los resultados de la revisión muestran que las intervenciones psicológicas derivadas de la perspectiva cognitivo-conductual que se centran en aspectos interpersonales y familiares de la depresión son los que se han demostrado eficaces. En la depresión infantil la terapia de conducta es un tratamiento bien establecido y para la depresión adolescente son tratamientos de probada eficacia la terapia de conducta y la psicoterapia interpersonal.

Se concluye que la psicoterapia presenta resultados satisfactorios en el tratamiento de la depresión infantil y adolescente, aunque es necesario continuar la investigación y elaboración de tratamientos multicomponentes.

## Aplicación del programa de trastornos mentales graves en una unidad de psiquiatría y psicología infantil y juvenil

**NURIA ESPLUGA FRIGOLA; HEREDIA TRUCHARTE SANDRA; NARANJO DÍAZ MARI CARMEN; GARCÍA POZAS JOSÉ; PÀMIAS MASSANA MONTSE.**  
Corporació Sanitària Parc Taulí

**Objetivo:** El Programa de Trastornos Mentales Graves (TMG) en Salud Mental Infantil y Juvenil está diseñado para atender un conjunto de patologías mentales que debido a su gravedad clínica y persistencia en la evolución, tienen una importante repercusión en la calidad de vida de los niños y adolescentes que las sufren tanto a nivel familiar, escolar, laboral y social. Presentamos un estudio descriptivo poblacional de los pacientes de nuestro servicio que están incluidos en el programa TMG, para evaluar distintos parámetros demográficos, diagnósticos, de evolución clínica, familiares, educativos, sociales y poblacionales.

**Métodos:** En nuestro servicio, disponemos de una



base de datos conjunta de pacientes afectados de trastornos mentales graves incluidos en el programa TMG y TMS (adultos) desde septiembre de 2009. Realizaremos un análisis descriptivo de estos datos para conocer nuestra población TMG.

**Resultados:** Se han analizado los datos de septiembre de 2009 a marzo de 2010. En este período, el total de pacientes incluidos en el programa TMG es 124. La edad media es de 12.12 años. El sexo mayoritario es masculino (85.49%). El diagnóstico principal es Autismo (37.09%), seguido por Trastorno generalizado del desarrollo no especificado (31.45%), Síndrome de Asperger (20.16%), Esquizofrenia (4.83%), Trastorno de conducta grave con comorbilidad (4.03%), Trastorno afectivo bipolar episodio reciente maníaco (1.61%), Trastorno depresivo mayor recurrente (0.80%). El GAF promedio al inicio del programa es 49.31 y a los 6 meses 53.88. En referencia a las necesidades sociales, el 77.41% disponen de Ley dependencia y grado de discapacidad aprobados, siendo el grado de discapacidad medio de 55.38%. Respeto las necesidades académicas, 43 pacientes asisten a Centros de Educación Especial y 32 en aulas USEE. Las bajas del programa durante el período analizado han sido un total de 21. Los principales motivos han sido por mejoría (13), por cambio de zona (5), por traspaso a adultos (2) y por incumplimiento del contrato TMG (1). Se han detectado 2 casos desvinculados.

#### Conclusiones

- Los pacientes TMG son principalmente niños en edad de inicio puberal
- Los diagnósticos TMG principales pertenecen al espectro autista
- Los pacientes incluidos en TMG presentan una mejora clínica objetivada mediante el GAF
- Los pacientes TMG consumen un número elevado de recursos sociales y académicos especiales
- Los pacientes TMG tienen una buena vinculación al programa

## Immigración y salud mental. Análisis de pacientes inmigrantes ingresados en una unidad de hospitalización de salud mental infanto-juvenil

**PASCUAL LÓPEZ MARGARITA; LUENGO FERRERA ALMA; ALCINDOR HUELVA PATRICIA; BAOS SENDARRUBIAS PILAR; ONTENIENTE CALERO MARTA; VICENTE FERNANDEZ INMACULADA; GOMEZ-PORRO ZAMORA ROCIO; BEATO FERNANDEZ LUIS. Hospital General de Ciudad Real**

**Introducción:** La población inmigrante presenta un proceso de adaptación a la cultura de adopción durante el cual pueden aparecer síntomas psiquiátricos muy influenciados por la cultura de origen. Determinadas características sociales pueden influir en la aparición y en la repercusión funcional de esta psicopatología.

**Objetivos:** Describir las características socio-demográficas y clínicas de los pacientes inmigrantes ingresados en una Unidad de Hospitalización infanto-juvenil.

**Métodos:** Se recogen los variables clínicas y demográficas de los pacientes inmigrantes ingresados durante un año. Se analizan los datos con el paquete estadístico SPSS.

**Resultados:** Durante el año que se analiza fueron ingresados en la Unidad 17 pacientes inmigrantes. De ellos el 58,8 % eran mujeres y el 41,1% varones. El rango de edad se situaba entre los 9 y los 17 años, con una media de 14.8 años. El 70,5 % provenían de países de Sudamérica, el 11,7% de países del Este y el 17,6 % de países árabes. El 41,4% de los pacientes fueron diagnosticados de trastorno adaptativo mixto con alteraciones de las emociones y de la conducta, un 17,6% de episodio depresivo y un 11,7% de episodios disociativos. Solo un 17,6% de los pacientes no estaba escolarizado, aunque la integración escolar era buena sólo en 35,7% de los escolarizados, sólo uno tenía un importante absentismo. El 35,2 % mantenían relaciones sociales con personas de su mismo grupo de origen, otro 35,2% de distinto grupo y un 29% no tenían relaciones sociales estables. En un 41,4% se había producido una reagrupación familiar. El 35% de los pacientes referían malos tratos. El 70% vivían en su domicilio. El 82% de los menores estaban en una situación legalizada.





- 24 **Conclusiones:** El diagnóstico más frecuente ha sido el de trastorno adaptativo, las dificultades de adaptación social y escolar son importantes y podrían explicar parte de la sintomatología.

## Utilización de los servicios de salud mental en adolescentes no acompañados en busca de asilo

SÁNCHEZ CAO ELIZABETH; KRAMER TAMI; HODES MATTHEW. St. Marys Hospital, London, UK.

**Introducción:** En el mundo existen millones de desplazados y refugiados en busca de asilo político. Su situación en estas circunstancias tan adversas es de extrema vulnerabilidad y es muy común la presencia de psicopatología. Los adolescentes que buscan asilo no acompañados (aquellos que llegan al país de acogida sin sus padres o familiares cercanos) podrían estar en mayor riesgo. A pesar de ello, apenas se ha estudiado el contacto que tienen con los servicios de salud mental y cómo ello se relaciona con sus necesidades psicológicas.

**Objetivos:** averiguar el nivel de contacto que tiene con los servicios de salud mental una muestra de menores no acompañados que buscan asilo en el R.U. y delimitar qué factores psicológicos y sociodemográficos están asociados con ello.

**Método:** Estudio transversal de 73 adolescentes no acompañados de entre 13 y 18 años, que completaron diversos cuestionarios referentes a: (1) utilización de los servicios asistenciales (AHSQ), (2) sintomatología psicológica (Birleson Depression Self-Rating Scale para evaluar depresión, Impact of Events Scale para evaluar sintomatología postraumática), y (3) factores de riesgo y protectores (datos sociodemográficos y exposición a eventos traumáticos).

**Resultados:** La muestra estaba compuesta mayoritariamente por chicos (67%; edad media: 16.34, SD: 1.26). El 56% era de origen africano y el 36%, europeo. El 12% puntuaban por encima del punto de corte de la escala de depresión y 66% por encima del de la escala de sintomatología postraumática. El 12% había contactado con los servicios de salud mental en alguna ocasión. Se encontró asociación significativa entre el contacto con los servicios de salud mental y el nivel de depresión, pero no con el de sintomatología postraumática.

**Discusión:** Consideraremos las posibles explicaciones

de este hallazgo y las implicaciones clínicas para poder atender mejor las necesidades psicológicas de los pacientes refugiados.

## Disfunción familiar y psicopatología en pacientes adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria

PASCUAL LÓPEZ MARGARITA; ALCINDOR HUELVA PATRICIA; GARCÍA VILCHES INMACULADA; BAOS SENDARRUBIAS PILAR; POLO MONTES FILOMENA; LEÓN VELASCO MAGDALENA; IZQUIERDO MOREJÓN FRANCISCO; GARCÍA MARTÍN DE LA FUENTE ELÍAS; BEATO FERNÁNDEZ LUÍS. Hospital General de Ciudad Real

**Introducción:** La disfunción familiar es una variable importante en la evolución de los pacientes con TCA. El APGAR familiar es un cuestionario que evalúa la disfunción familiar según cinco áreas (adaptabilidad, participación, gradiente de crecimiento, afecto y resolución). El inventario EDI-2 es uno de los cuestionarios más difundidos sobre trastornos de la conducta alimentaria. Se compone de 12 subescalas: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia y baja autoestima, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

**Objetivos:** Describir el grado de disfunción familiar en casos de niños y adolescentes diagnosticados de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Analizar las diferencias existentes según el grupo diagnóstico y la gravedad psicopatológica.

**Material y métodos:** Se evalúan 52 pacientes menores de 18 años, derivados a la Unidad de TCA. Se describen distintas variables clínicas y demográficas: sexo, edad, IMC, diagnóstico, grado de disfunción familiar medido con el cuestionario APGAR familiar y gravedad psicopatológica medida con el cuestionario EDI-2. Se analizan las posibles correlaciones entre estas variables con el paquete estadístico SPSS v 14.0.

**Resultados:** Existe una correlación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre el APGAR familiar y algunas de las subescalas del cuestionario EDI-2 (Obsesión por la delgadez, Ineficacia y baja autoestima, Concepción interoceptiva y Ascetismo), siendo no significativa en el



resto de las subescalas. En cuanto al subgrupo diagnóstico y al IMC tampoco se encontraron diferencias significativas con respecto al APGAR familiar.

**Conclusiones:** El entorno familiar disfuncional influye en aspectos claves del desarrollo psicológico de los menores tales como: la autoestima, la imagen de sí mismo y el sistema de valores del menor. Dada la influencia de aspectos funcionales de la familia en la psicopatología de este grupo de pacientes con TCA, sería fundamental incluir a la familia en su proceso terapéutico.

## Trastornos Generalizados del Desarrollo y Trastornos Psicóticos en la infancia: ¿categorialidad o dimensionalidad?

**MENTXAKA SOLOZÁBAL OIHANE; GONZÁLEZ AMOR IRATXE; RUIZ RUIZ RAQUEL; MORRÁS ABAURRE FERNANDO; MADOZ GURPIDE CLARA.**  
Centro de Salud Mental Infanto Juvenil del Servicio Navarro de Salud

**Introducción:** El trastorno generalizado del desarrollo no especificado constituye una categoría residual del DSM-IV-TR utilizada para el diagnóstico de pacientes que, si bien no cumplen los criterios diagnósticos para ninguno de los trastornos generalizados del desarrollo específicos, presentan síntomas relacionados con ellos. Dada esta situación, son muchos los autores que prefieren hablar de un continuo entre dichos trastornos a los que denominan: trastornos del espectro autista. Los trastornos psicóticos en la infancia presentan alteraciones en las áreas fundamentales del desarrollo (comunicación, socialización, motricidad, intereses...) lo que hace difícil el diagnóstico diferencial entre los trastornos del espectro autista y los trastornos psicóticos en niños.

**Objetivos:** Analizar, tomando como base la exposición de un caso, el solapamiento de síntomas existente entre los llamados trastornos del espectro autista y los trastornos del espectro psicótico en niños y adolescentes.

**Metodología:** Estudio de tipo descriptivo de caso único (n=1) así como revisión exhaustiva de la bibliografía existente en torno al tema. A través del análisis del caso clínico real se van describiendo los síntomas presentes y cómo los mismos podrían ser agrupados en cuadros psicopatológicos diversos.

**Resultados:** En las primeras clasificaciones diagnósti-

cas, los trastornos generalizados del desarrollo y la esquizofrenia infantil fueron considerados como miembros de una misma categoría. En investigaciones posteriores se describieron diferencias entre ellos, sin embargo la controversia en este sentido nunca ha cesado. Ambos trastornos comparten características como son anomalías perceptuales, trastornos del pensamiento, síntomas motores y deficiencias en la interpretación de la realidad. Recientes investigaciones insisten en la necesidad de realizar estudios longitudinales que ayuden a esclarecer el diagnóstico.

**Conclusiones:** Tanto en el caso expuesto como en la bibliografía revisada quedan reflejadas las dificultades presentes para la realización del diagnóstico diferencial entre las categorías diagnósticas especificadas con anterioridad (trastornos del espectro autista y trastornos psicóticos). Existe la necesidad de valorar la posibilidad de la utilización de clasificaciones diagnósticas dimensionales y no categoriales para el diagnóstico de patología mental grave en niños y adolescentes dada la altísima comorbilidad de síntomas presentes entre las diferentes categorías diagnósticas.

## Estudio piloto sobre la eficacia de tratamiento grupal en adolescentes con un primer episodio psicótico de inicio temprano

**CALVO CALVO ANA BELÉN\*; MORENO MIGUEL\*\*;  
RAPADO MARTA\*; MAYORAL MARIA\*; RUIZ ANA\*\*\*; TAPIA CECILIA\*; LEIVA MARTA\*;  
MORENO CARMEN\*; ARANGO CELSO\*. Hospital General Universitario Gregorio Marañón\*. Hospital Infanta Sofía\*\* Psiquiatra y psicoterapeuta.  
\*\*\*Consultora de dinámicas de grupos y organizaciones. VocAcción, S.L.**

**Objetivos:** Las intervenciones terapéuticas en Psicosis de Inicio Temprano (PIT) deben realizarse lo antes posible, pues los 2-3 años posteriores al primer episodio psicótico constituyen un período de “máxima vulnerabilidad y máxima oportunidad”. El objetivo de este estudio es comparar los cambios en evolución de enfermedad y adaptación psicosocial ocurridos en pacientes que han participado en dos programas de tratamiento grupal, uno de orientación psicoeducativa (PE) y otro no estructurado (NE), frente a los pacientes que abandonaron el programa prematuramente.



**26** **Método:** Se ha evaluado a 33 pacientes con PIT (edad media 16,93) pre y postratamiento en las siguientes variables: número de hospitalizaciones, Escala de Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS) y Escala Global de Funcionamiento (GAF). De los 33 pacientes evaluados, 8 pertenecían al grupo PE, 9 al NE y 17 abandonaron el tratamiento prematuramente.

**Resultado:** No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las dos modalidades en variables sociodemográficas, número de recaídas, PANSS Y GAF entre el grupo PE y el NE en la evaluación basal, así como tampoco las hubo entre estos y los pacientes que abandonaron el tratamiento prematuramente. Cuando se comparan las dos modalidades de intervención observamos que no existen diferencias significativas en el número de recaídas. Sin embargo, cuando se comparan los pacientes que finalizan el tratamiento grupal independientemente de la modalidad, con aquellos que lo abandonan prematuramente se encuentran diferencias significativas en el número de recaídas ( $p < 0.005$ ). Además. Cuando estudiamos la evolución de las variables antes y después del tratamiento existe una reducción significativa en el número de hospitalizaciones ( $p < 0,005$ ) en el grupo de pacientes que finaliza el tratamiento en cualquiera de las dos modalidades.

**Conclusión:** Durante el tratamiento, ninguno de los pacientes que finalizó el programa presentó recaídas, y además se observó una reducción significativa del número de hospitalizaciones en el total de los adolescentes con PIT pre y post tratamiento. Esto refleja una mejoría en la evolución de los pacientes durante el tiempo que reciben una terapia grupal, independientemente de la modalidad de intervención.

## Un estudio descriptivo de rasgos de personalidad en padres de adolescentes diagnosticados de TEA

AVANESSI MOLINA E.; SÁNCHEZ CABALLERO R.; GUZMÁN ÁLVAREZ G.; DÍAZ PÉREZ F. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J) Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria (Málaga)

**Objetivo:** Probar la especificidad de los rasgos que pueden ser contextualizados parte del fenotipo autista en padres de sujetos diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista.

**Método:** Los padres de 10 adolescentes que están siguiendo tratamiento en un Programa grupal para TEA desarrollado en la USMIJ del Hospital Virgen de la Victoria (Málaga) fueron evaluados mediante el inventario multifásico de personalidad de Minnesota-3.

**Resultados:** Las puntuaciones obtenidas de la corrección de dicho cuestionario fueron altas en varias subescalas (depresión, rasgos esquizoides/introversión).

**Conclusiones:** Los resultados proveen algún apoyo a la especificidad de un amplio fenotipo en el autismo. Sería interesante comparar estos resultados con los de los padres de otros adolescentes afectados de patologías como el Trastorno Obsesivo compulsivo, esquizofrenia y retraso mental.

## El diario de vida del adolescente hospitalizado

ECHEGARAY GARCÍA MAITE; DEL RÍO MIRIAM; PAOLINI RAMOS EDUARDO; MORANDÉ LAVÍN GONZALO. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (Madrid)

**Objetivo:** Una de las indicaciones que se le realizan al paciente cuando ingresa en la unidad es la escritura de un diario personal. Cada día, al pasar visita se le pide al paciente su diario. La terapeuta lo recoge, lo lee y posteriormente lo comenta en breves anotaciones en el mismo diario. Es parte de la terapia a pié de cama. Los 5 primeros días le acompañaron sus padres. Fueron de ayuda para escribir sobre su pasado, presente y futuro y para realizar su árbol genealógico, incluso trajeron fotos de su infancia.

**Material y Método:** Se han revisado 20 diarios de pacientes adolescentes con anorexia nerviosa. Todas chicas cuya terapia a pié de cama fue llevada por dos de las autoras quienes también eran observadoras del grupo de terapia semanal dirigido por otro de los autores. Las pacientes estuvieron ingresadas durante 4 semanas y cumplieron el programa de realimentación. El material fue analizado y puntuado por los 4 autores. En el diario realizan una descripción que sigue un continuo desde el afuera hacia el adentro. Comienzan por la sala, enfermeros, compañeras y poco a poco van apareciendo en el relato su familia y sus preocupaciones. Los comentarios realizados por las terapeutas en el diario son cortos y no directivos. Refuerzan la aparición de emociones e ignoran las peticiones y quejas.

**Resultados y conclusiones:** Las pacientes cubrieron las



expectativas del equipo terapéutico. Entendieron la tarea diaria y en sus escritos encontraron una forma de comunicarse con su terapeuta. Se deduce que muchos adolescentes encuentran en esta forma de expresión un elemento útil que complementa y a veces reemplaza, la expresión verbal. Su utilización en clínica está avalada por años de experiencia en la unidad. Si se produce la recuperación de un relato vital donde se observe la capacidad de pensar, cambiar y sentir, el objetivo terapéutico se cumple.

## Hábitos y actitudes de riesgo, alteraciones y trastornos alimentarios en hijos de madres que padecen trastornos de la conducta alimentaria. Hipótesis pronósticas

**BAYO FERNÁNDEZ CARMEN; CARRERA FERRER MARÍA; TALADRID ÁNGELES; ACUÑAS GELABERT MARÍA; MORANDÉ LAVÍN GONZALO.** Hospital Universitario del Niño Jesús de Madrid y Hospital Universitario Son Dureta de Palma de Mallorca

**Objetivo:** Llevamos 6 años trabajando en el seguimiento de embarazadas con TCA y la crianza hasta los 3 años. Conocemos a través de nuestra experiencia y de la literatura las dificultades de las pacientes que han padecido o padecen un TCA al afrontar un embarazo y postparto. También están documentados problemas en la crianza. Hay estudios que nos enseñan que pueden ser niños difíciles de alimentar y que evolucionan hacia “comedores caprichosos y selectivos”. Sabemos que estos últimos tienen posibilidad de desarrollar un TCA en la pubertad. Nuestra hipótesis es que los hijos de madres con patología TCA, sin conciencia de enfermedad y las que presentan comorbilidad en eje I y/o II, tienen un mayor riesgo de ser mal nutridos y mostrar conductas anómalas en su alimentación. El objetivo de este trabajo es detectar a las mujeres, con mayores dificultades para criar a sus hijos en función de la conciencia de enfermedad, comorbilidad, adherencia al tratamiento y establecer así grupos de riesgo.

**Método:** Llevamos a cabo, mediante entrevistas, un seguimiento de 30 madres y sus 50 bebés. Realizamos un análisis descriptivo y utilizamos la correlación de Pearson para comprobar la significación entre nuestras variables.

**Resultados:** Los datos analizados hasta el momento confirman nuestra hipótesis: Las madres con TCA activo, sin conciencia de enfermedad y/o comorbilidad tienen mayores dificultades para alimentar a sus hijos.

**Conclusiones:** Consideramos necesario trabajar con el grupo de madres de alto riesgo, para motivarlas al tratamiento o, al menos, para que tomen conciencia de las dificultades que tienen al alimentar a sus hijos y puedan recibir consejo del pediatra.

## Análisis por fases de un grupo terapéutico de adolescentes

**ERKOREKA GONZÁLEZ LEIRE; IRASTORZA EGUSKIZA MARÍA JESÚS; PALACIOS GOÑI MIKEL; ABEIJÓN MERCHÁN JUAN ANTONIO; PÉREZ CABEZA LUCÍA; ALONSO GANUZA ZURIA; GONZÁLEZ ANIDO ALEJANDRA; OLAZÁBAL EIZAGUIRRE NORA; RAHMANI REDA; LEÓN ÁLVAREZ CRISTINA; GONZÁLEZ TORRES MIGUEL ÁNGEL.** Servicio de Psiquiatría del Hospital de Basurto y CSM Ajuriaguerra-Toxicomanía, Bilbao

**Objetivo:** Dada la importancia que tiene el grupo de pares en la edad adolescente, la terapia de grupo es una herramienta de incalculable valor para pacientes con dificultades para resolver exitosamente las “tareas” propias de esta etapa de la vida. Este grupo, dirigido a adolescentes con consumo de tóxicos y alteraciones de conducta asociados, se diseña con el objetivo de desbloquear el proceso de separación-individuación que con frecuencia subyace este tipo de problemática. Se realiza un análisis dinámico, centrado en las fases por las que pasa el grupo, para contextualizar los mecanismos terapéuticos de cambio.

**Métodos:** Grupo abierto, con cinco años de vida y cadencia semanal, de una hora y media de duración. Compuesto por once miembros en el período del análisis, que abarca seis meses. Dos coterapeutas, un hombre y una mujer, además del terapeuta observador. El material del grupo se transcribe después de cada sesión, tras la reunión post-grupo. El grupo se realiza en el Centro de Salud Mental de Toxicomanías de Ajuriaguerra, perteneciente al Servicio Vasco de Salud Mental-Osakidetza.

**Resultados:** En el análisis se observan las fases descritas por D. Marcelli (1983) para grupos de adolescentes, con interacciones propias de cada fase: fase inicial-angustia, segunda fase-expulsión de objetos negativos,



28 tercera fase-restitución narcisista, fase final-castración/depresión. Ilustramos la descripción de cada fase con ejemplos recogidos en las transcripciones.

**Conclusiones:** El grupo adolescente tiene un recorrido peculiar, en relación a la etapa vital por la que están pasando sus miembros; el segundo proceso de separación-individuación. Existen mecanismos de cambio, muy importantes en la edad adolescente, que se dan con mayor intensidad en el contexto grupal, como son la identificación y el efecto de espejo, así como otros mecanismos más específicos de cada fase del grupo.

## Calidad de vida y satisfacción con la medicación en niños y adolescentes tratados con metilfenidato en la práctica clínica habitual: un estudio observacional

**GASALLA TERESA; DÖPFNER MANFRED; ROTHENBERGER ARIBERT.** Shire Pharmaceuticals Ibérica, Spain; Department of Child and Adolescent Psychiatry, University Cologne, Germany; Department of Child and Adolescent Psychiatry, University Göttingen, Germany

**Introducción y Objetivos:** El Metilfenidato (MPH) es el fármaco de elección para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Las formulaciones de liberación retardada (ER) son tan efectivas como las de liberación inmediata (IR). Existen dos de estas formulaciones en España: Concerta® y Medikinet®. Equasym® Retard es un preparado ER que aún no está registrado en España: se caracteriza por un aumento rápido inicial de la concentración plasmática de MPH y un segundo incremento después de aproximadamente 3 horas. Los efectos del MPH-ER sobre la calidad de vida (QoL) en el TDAH no se han investigado extensivamente.

**Método:** Este estudio abierto evaluó la eficacia y tolerabilidad de Equasym® Retard en la práctica habitual en Alemania. 169 especialistas en TDAH incluyeron niños en edad escolar (6-17 años) a punto de iniciar tratamiento con Equasym® Retard. Médicos, padres, profesores y pacientes completaron cuestionarios sobre los síntomas de TDAH, la tolerabilidad del tratamiento, QoL y satisfacción con la medicación en situación basal (t1), 1-3 semanas (t2) y 6-12 semanas (t3) durante 3 meses.

**Resultados:** De los 852 pacientes incluidos, 822 fueron evaluables (edad media 10.04 años, 81.25% varones). El 45.14% había recibido previamente MPH-IR, el 24.7% MPH-ER y el 25.3% ningún tratamiento farmacológico. Se halló una reducción significativa de los síntomas de t1 a t3 según todos los evaluadores. La QoL y la satisfacción con la medicación se incrementaron de t1 a t3. El análisis mostró una correlación moderada entre satisfacción con el tratamiento, QoL y reducción sintomática. El tratamiento en general fue bien tolerado; un 3.16% de los pacientes lo discontinuaron por acontecimientos adversos.

**Conclusiones:** Equasym® Retard redujo los síntomas de TDAH y mejoró la QoL con una buena satisfacción con la medicación en niños con y sin tratamiento farmacológico previo.

*Presentación apoyada por Shire Development Inc.*

## Papá ya no me lleva al parque... La construcción de la enfermedad mental de padres de niños atendidos en salud mental infantil elaborada mediante narrativa pictórica

**MONTOLIU TAMARIT LEONOR; FERRER FERRER LUCÍA; MARTÍNEZ DÍAZ ISABEL; CARRASCO TORNERO ÁNGEL; BLASCO CLAROS LORENA.** USMIA. C.S.I. Sueca. Departamento de Salud de la Ribera. Hospital Universitario de la Ribera. Alzira, Valencia

**Objetivo:** Convivir con familiares que padecen una enfermedad mental grave exige una adaptación importante para toda la red familiar y social. Los niños cuyos padres padecen alguna enfermedad mental grave se enfrentan a dificultades que pueden tener una importante repercusión en su desarrollo psicológico y madurativo a nivel emocional, cognitivo, conductual y relacional, y con ello dificultades de adaptación en todos los ámbitos de su vida. Si bien la adaptación afecta a todos los familiares, los niños son la parte más vulnerable y con recursos menos desarrollados para enfrentarse a las situaciones, preguntas e incertidumbres que puedan surgir tras su aparición. Cada niño experimentará a su modo los cambios, pérdidas y temores que todo este proceso supone, y precisará una atención individualizada desde el mundo



adulto para llegar a la comprensión infantil, donde participan familiares, adultos educadores y terapeutas. Los objetivos principales son la elaboración reparadora del duelo que supone la enfermedad, la aceptación de los cambios y la resiliencia del vínculo entre ambos.

**Método:** Desde la Unidad de Salud Mental Infantil nos hemos acercado a esta problemática explorando las narrativas de varios niños con un padre afectado de TMG, según las han transmitido y elaborado en terapia.

**Resultados:** Gracias a las técnicas proyectivas activas, entre las cuales el dibujo tiene un papel muy relevante, se ha favorecido la elaboración de una narrativa propia acerca del proceso de enfermedad del progenitor y las repercusiones que tiene sobre la relación, la imagen de aquel y la propia autoimagen del niño.

**Conclusiones:** En definitiva, esta elaboración se convierte en un objetivo fundamental de la intervención en pacientes que se encuentran en esta situación vital, y las técnicas que se utilicen para favorecerla deberán implicar activamente al niño en este proceso.

## Trastorno mental grave en la infancia y adolescencia: abordaje integral y trabajo en red desde una Unidad de Salud Mental Infantojuvenil

**BELTRÁN BELTRÁN MARIA ASUNCIÓN; MONTOLIU TAMARIT LEONOR; FERRER FERRER LUCÍA; MARTÍNEZ DÍAZ ISABEL.** USMIA. C.S.I. Sueca.  
Departamento de Salud de la Ribera. Hospital Universitario La Ribera. Alzira, Valencia

**Objetivo:** Presentar un programa de intervención de los trastornos mentales graves (TMG) en una unidad de salud mental infanto-juvenil aportando la evaluación y seguimiento de cinco casos clínicos.

**Métodos:** Elaboramos un plan terapéutico individualizado (PTI) con los objetivos y estrategias más adecuadas a cada caso, en el que se articulan las diferentes disciplinas y se corresponsabiliza a todos los agentes implicados: Sanidad-Educación-Servicios Sociales.

Se plasma en una tabla el plan de atención individualizada (PAI) de cinco casos clínicos con la evaluación diagnóstica inicial y el seguimiento y posterior evolución así como el abordaje multidisciplinar aplicado.

**Resultados:** La aplicación del PTI en nuestra Unidad ha permitido el trabajo en red desde cada ámbito de modo

complementario y coordinado, la priorización de casos según su gravedad y la toma de decisiones consensuadas para garantizar intervenciones coherentes y eficaces que suponen una mejor gestión de los recursos y un abordaje integral adecuado al TMG en cada caso.

**Conclusiones:** El TMG en la población infantil y adolescente tiene grandes repercusiones en la vida presente de los niños, sus familias así como su contexto y va a repercutir considerablemente en su desarrollo como adultos. Por las propias características de esta población, la detección de los TMG, su diagnóstico y abordaje resulta un trabajo complejo. Los recursos existentes resultan insuficientes para su manejo. Para llevar a cabo este proceso es fundamental el trabajo multidisciplinar y en red. Las intervenciones precoces e integrales nos han permitido detectar las potencialidades de nuestros pacientes, amortiguando los factores de riesgo desde todos los sistemas implicados, lo que ha sido clave para la evolución de cada caso y ha supuesto una labor preventiva de cara al TMG adulto.

## Taller de intervención familiar (T.I.F.): primeros resultados de la aplicación de la terapia familiar sistémica en una Unidad de Salud Mental de la infancia y la adolescencia

**BLASCO CLAROS, LORENA; MARTÍNEZ DÍAZ ISABEL; CARRASCO TORNERO ÁNGEL; BELTRÁN BELTRÁN MARÍA ASUNCIÓN.** USMIA. Unidad Salud Mental Infancia y Adolescencia. C.S.I. Sueca.  
Departamento de salud de La Ribera. Hospital Universitario de la Ribera. Alzira, Valencia

**Objetivos:** Desde nuestra Unidad de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia (USMIA), consideramos necesario integrar en nuestra práctica clínica la Terapia Familiar Sistémica. Durante el último año, hemos llevado a cabo un Taller de Intervención Familiar (TIF), con el objetivo de orientar y asesorar a los profesionales y a las familias sobre sus posibilidades terapéuticas, favoreciendo así cambios en el sistema.

**Métodos:** Análisis descriptivo de los elementos que componen TIF durante el primer año de realización, tanto



30 en aspectos organizativos, recursos materiales, profesionales intervinientes, evolución de las familias intervenidas y técnicas utilizadas.

**Resultados:** El TIF lo llevamos a cabo con familias derivadas desde la USMIA y necesariamente motivadas para el abordaje familiar. El formato es de 5 sesiones de consulta-intervención (presesión-sesión-intersección-devolución), de periodicidad quincenal y 2 horas de duración, en una sala de terapia preparada con un espejo unidireccional, teléfono y sistema de audio. El equipo de intervención familiar lo componen el Equipo Terapéutico (Terapeuta -T- y Coterapeuta -CT-, en contacto directo con el sistema familiar) y el Equipo Reflexivo (profesionales detrás del espejo unidireccional) coordinado por un Supervisor (S), con formación especializada en Terapia Familiar (T, CT, S) Se ha intervenido en 3 familias hasta el momento, utilizando diversas técnicas de exploración-intervención (genograma, fotobiografía, trabajo por subsistemas, preguntas circulares, pregunta del milagro, prescripción invariable, collage familiar, cartas terapéuticas, etc.), siendo la escultura familiar una de las más útiles para realizar cambios en las dinámicas familiares disfuncionales que mantienen los síntomas (ver fotos en el póster) en nuestras familias, incluso con alta clínica.

**Conclusiones:** Durante este primer año, el TIF ha supuesto una mejora en la calidad de nuestra asistencia y proporciona a su vez un espacio formativo-práctico de especial utilidad y eficiencia a nivel clínico, en el sistema público de salud.

## Programa de colaboración Salud Mental con Atención Primaria (PCSMAP): USMIA-Pediatría

BLASCO CLAROS LORENA; CARRASCO TORNERO ÁNGEL; MONTOLIU TAMARIT LEONOR; BELTRÁN BELTRÁN MARÍA ASUNCIÓN; FERRER FERRER LUCÍA. USMIA. Unidad Salud Mental Infancia y Adolescencia. C.S.I. Sueca. Departamento de Salud de la Ribera. Hospital U. de la Ribera. Alzira, Valencia

**Objetivo:** Establecer un marco de colaboración entre USMIA y Pediatría para mejorar bidireccionalmente la relación entre servicios y conseguir una mayor eficiencia en el abordaje de los trastornos mentales en edad infanto-juvenil.

**Métodos:** Describimos la fase de inicio y componentes del PCSMAP USMIA – Pediatría.

**Resultados:** El PCSMAP USMIA-Pediatría se inicia unos años después del PCSMAP USM-MAPS (adultos), partiendo de la necesidad planteada en una sesión clínica con todos los pediatras del Departamento de Salud de la Ribera (Mayo 2009) con designación de profesionales referentes (Figura del “link” USMIA-PEDIATRÍA) de cada zona y unas encuestas anónimas a los pediatras. Posteriormente realizamos una reunión de profesionales referentes USMIA-PEDIATRÍA para consensuar procedimiento y contenido (Sep 2009), puesta en marcha del programa en reuniones de link trimestrales (Nov 09) de gestión de casos clínicos y presentaciones teórico-prácticas de temas solicitados por los pediatras y revisión del PCP al final del 2010. También está previsto un rotatorio del pediatra referente por la USMIA y otras unidades especializadas de salud mental (UTCA, UCA) dentro del programa. Existe también un grupo de trabajo de salud mental y atención primaria que se reúne periódicamente con el objetivo de establecer las directrices generales y evaluación continua del programa y en el que están representados profesionales de cada unidad especializada en salud mental y ambos servicios.

**Conclusiones:** Desde el inicio del programa, han mejorado las derivaciones a USMIA de los pediatras que acuden a las reuniones de link, así como comunicación más fluida entre los profesionales de ambos servicios. A final del 2010 volveremos a pasar las encuestas iniciales para evaluar si existen cambios significativos en la relación entre los servicios, que conjuntamente con la reunión con los referentes de revisión del programa a finales del 2011, programaremos la continuidad del PCSMAP USMIA-PEDIATRÍA.

## Terapia ocupacional. Tratamiento coadyuvante en trastorno ansioso-depresivo. A propósito de un caso

ALCINDOR HUELVA PATRICIA; ONTENIENTE CALERO MARTA; BAOS SENDARRUBIAS PILAR; PASCUAL LÓPEZ MARGARITA; VICENTE FERNÁNDEZ INMACULADA; BEATO FERNÁNDEZ LUÍS. Servicio de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital General de Ciudad Real

**Objetivo:** Importancia de la Terapia Ocupacional como parte del tratamiento multidisciplinar en un caso clínico.



**Método:** Descripción de caso clínico.

**Resultado y Conclusiones:** Se trata de una paciente que presenta clínica ansioso-depresiva de aproximadamente un año de evolución sin factores desencadenantes aparentes. Comienza con un cuadro de ansiedad asociado a crisis de migrañas, lo cual le dificulta mantener su actividad académica. Dado el carácter de la paciente, lo vive muy mal con sentimientos de fracaso, empeorando su estado de ánimo. Cuando comienza un nuevo curso académico en septiembre, comienza a sentirse nerviosa, con sensación de fracaso, inutilidad, angustiándose a la hora de realizar exámenes. Comienza de nuevo con cefaleas, impidiéndole mantener su actividad académica con normalidad. Esto hace empeorar su estado de ánimo. Todo ello unido al carácter que presenta la paciente de perfeccionismo, inseguridad, falta de autoestima, dificultades para la resolución de problemas, le llevan a realizar dos gestos autolíticos en una semana, lo cual produce el ingreso en nuestra unidad. Durante el ingreso, la paciente mejora su estado anímico con el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, sin embargo se siguen observando dificultades para retomar sus estudios ya que esto provoca aumento de ansiedad en la paciente y sentimientos de desesperanza. Ante esta situación, se decide junto con la paciente, realizar un plan de actividades de tipo lúdicas-formativas por parte de la Terapeuta Ocupacional de la Unidad que la paciente pueda realizar una vez esté de alta hospitalaria. Se realiza una exploración de los intereses de la paciente y posteriormente se estructura con ella un horario con diferentes actividades, y eso hace que la paciente comience a sentirse más segura e ilusionada, con una adecuada planificación de futuro. Dicho plan tiene el objetivo de que la paciente adquiera seguridad para en un futuro retomar su actividad académica.

## Confusión psicógena. A propósito de un caso

ALCINDOR HUELVA PATRICIA; BAOS SENDARRUBIAS PILAR; PASCUAL LÓPEZ MARGARITA; CARRILLO DEL AMO AMPARO; LUENGO FERRARA ALMA MARÍA; BEATO FERNÁNDEZ LUÍS. Servicio de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital General de Ciudad Real

**Objetivo:** Revisar patologías poco frecuentes actualmente en nuestra cultura, que están resurgiendo a raíz del incremento de la inmigración.

**Métodos:** Descripción de caso clínico.

**Resultado y conclusiones:** La población inmigrante presenta un proceso de adaptación a la cultura de adopción durante el cual pueden aparecer síntomas psiquiátricos muy influenciados por la cultura de origen y que es importante conocer para poder llegar a un diagnóstico certero. En el caso que nos ocupa, el paciente llegó a la unidad con una conducta y discurso desorganizado propio de un cuadro de características psicóticas. Tras mantener diferentes entrevistas con los padres y el paciente, se ve como el relato es cierto, aunque mezclando datos de su vida real con cosas del entorno, del pasado con cosas presentes, etc. Todo ello asociado a las dificultades que manifestaban que el paciente había tenido a la hora de la adaptación a nivel escolar y social, junto con una inmadurez psicológica importante observada, y las dificultades de manejo ante situaciones estresantes o traumáticas (en este caso el posible consumo de sustancia ilegal), nos llevó a pensar en el diagnóstico de Confusión Psicógena. Dicho cuadro forma parte de los Trastornos disociativos. Según la Clasificación Multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes (CIE-10) los trastornos disociativos, en sus diferentes tipos comparten un rasgo común que es la pérdida parcial o completa de la integración normal entre ciertos recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad y las sensaciones inmediatas.

## Análisis de la demanda de urgencias en Psiquiatría infanto-juvenil y Trastornos de la conducta Alimentaria en un hospital general

ALCINDOR HUELVA PATRICIA; PASCUAL LÓPEZ MARGARITA LUCÍA; BAOS SENDARRUBIAS PILAR; IZQUIERDO MOREJÓN FRANCISCO JAVIER; GARCÍA MARTÍN DE LA FUENTE ELÍAS; POLO MONTES FILOMENA; POZA CANO BELÉN; ALBALADEJO GUTIÉRREZ ELOY FRANCISCO; BAÓN PÉREZ BEATRIZ; BELDA MORENO GERMÁN. Servicio de Psiquiatría de Hospital General de Ciudad Real

**Introducción:** Es importante tener un registro de la demanda de urgencias de esta especialidad para concretar cuáles son las características de la población que accede a este servicio y detectar las deficiencias del sistema.





**32** **Objetivo:** Este estudio pretende describir todas las urgencias infanto-juveniles y de trastornos de la conducta alimentaria cubiertas por el equipo de guardia desde Marzo 2009 a Marzo 2010.

**Resultados:** Se analizan los siguientes datos: distribución de la incidencia de urgencias por mes, edad, sexo, provincia de referencia, dispositivo de referencia, motivo de la urgencia, juicio clínico, porcentaje de ingreso, y destino al alta. El número de urgencias media es de 16.25. Se atendió a 106 chicas (51.7%) y 99 chicos (48.3%). La edad media para chicos fue 14.02 años y para chicas, 17.42 años. Un 61% de las urgencias procedían de la provincia de Ciudad Real y un 20%, de Toledo. En cuanto al diagnóstico, el más frecuente fue los trastornos de ansiedad (19.5%), seguido de los trastornos de conducta (18.5%) y los trastornos afectivos (15.1%). Hubo 92 ingresos en la Unidad de Hospitalización Breve de Salud Mental Infanto-Juvenil (44.9%). El 62.9% fueron urgencias, un 10,7% fueron ingresos programados y un 13,7%, a petición propia. Un 6% fueron interconsultas. Un 85% fueron derivados a USMI-J al alta del hospital.

**Conclusiones:** Casi la mitad de las urgencias terminan en un ingreso. Los trastornos que más ingresan son los trastornos de conducta, seguido de los trastornos afectivos. Se podría asumir que este cuadro clínico es de muy difícil manejo a nivel ambulatorio.

## Validación del punto de corte del Screen for Children Anxiety and Related Emotional Disorders en población no clínica

HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ CARMEN; DOMÈNECH LLAVERÍA EDELMIRA; COSI MUÑOZ SANDRA; SÁEZ CARLES MERCÉ; CANALS SANS JOSEFA. CRAMC, Universidad Rovira i Virgili; Universidad Autónoma de Barcelona

El Screen for Children Anxiety and Related Emotional Disorders (SCARED; Birmaher et al, 1999) es un cuestionario que evalúa sintomatología de los trastornos de ansiedad definidos por el DSM-IV-TR en población infantil de manera autoinformada y heteroinformada (contestado por los padres). En población clínica, Birmaher et al (1999) sugirieron el punto de corte 25 para detectar los casos patológicos. Este cuestionario ha sido

adaptado al castellano (Doménech-Llaberia, 1996) y al catalán (Vigil-Colet et al, 2009) pero no existe un punto de corte validado para población comunitaria. Con este objetivo, hemos estudiado una muestra de 562 sujetos (que provienen de un estudio epidemiológico con diseño de doble fase) entre los cuales había niños/as a riesgo de problemas emocionales y controles sin riesgo. Estos niños/as respondieron el SCARED y fueron entrevistados mediante la entrevista estructurada The Mini-International Neuropsychiatric Interview-Kid con el objetivo de poder realizar diagnósticos clínicos según los criterios DSM-IV-TR. Los padres contestaron la versión heteroinformada del SCARED. En relación a la versión autoinformada, el punto de corte 25 presenta una sensibilidad del 64% y una especificidad del 40% para diferenciar entre niños con o sin trastornos de ansiedad. Para la versión heteroinformada, el punto de corte de 15 podría ser adecuado ya que muestra una sensibilidad del 67.4% y una especificidad del 62%. Podemos concluir que el punto de corte sugerido por Birmaher et al. (1999) de la versión autoinformada para población clínica es poco específico en población comunitaria y que para la versión heteroinformada podría ser más útil un punto de corte más bajo. Los datos psicométricos y de sensibilidad y especificidad de la versión autoinformada son mejores que los de la versión heteroinformada tal y como muestran otros estudios.

## Características psicométricas del Leyton Obsesional Inventory-Child Version en población no clínica

CANALS SANS JOSEFA; HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ CARMEN; COSI MUÑOZ SANDRA; LÁZARO LUISA; TORO JOSÉ. CRAMC, Universidad Rovira i Virgili; Hospital Clínic, Universitat de Barcelona

El Leyton Obsesional Inventory-Child Version (LOI-CV) es un cuestionario que evalúa sintomatología del trastorno obsesivo compulsivo en población infantil. Las propiedades psicométricas mostradas por sus autores son buenas y establecen un punto de corte de 25 según la puntuación de interferencia (Berg et al, 1986). El objetivo de este trabajo fue estudiar las propiedades psicométricas de la traducción al castellano del LOI-CV y comprobar su utilidad en la detección del TOC pediátrico. La muestra está compuesta por 562 sujetos (que provienen



de un estudio epidemiológico con diseño de doble fase) entre los cuales había niños/as a riesgo de problemas emocionales y controles sin riesgo. Estos niños/as respondieron el LOI-CV y fueron entrevistados mediante la entrevista estructurada The Mini-International Neuropsychiatric Interview-Kid con el objetivo de poder realizar diagnósticos clínicos según los criterios DSM-IV-TR. Se realizó un análisis factorial del cual resultaron 3 factores que llamamos orden/comprobación/contaminación (fiabilidad=0.66), preocupaciones obsesivas (fiabilidad=0.64) y superstición/compulsión mental (fiabilidad=0.58). La fiabilidad total de la escala fue de 0.79. En nuestra muestra, el punto de corte establecido por los autores presenta muy baja sensibilidad, por lo que sugerimos, tras el análisis con curvas ROC, la puntuación de 20 como punto de corte más adecuado (sensibilidad del 44% y especificidad del 98%) en población comunitaria. Podemos concluir que en nuestra población, el LOI-CV es un instrumento fiable y válido para detectar casos de trastorno obsesivo compulsivo.

## Co-determinantes psicobiológicos para trastornos hiperkinéticos, trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia y otros trastornos de las emociones y del comportamiento en la infancia y adolescencia, en población infanto-juvenil del sur de la isla de Tenerife

HERNÁNDEZ ALVARADO J.; MELIÁN DE LEÓN J.L.;  
HERNÁNDEZ GARCÍA D.; SÁNCHEZ BRAVO J.;  
FERNÁNDEZ MÁRQUEZ I.; DE MIGUEL NEGREDO  
A.; DE LA FUENTE PORTERO J. USMC de Arona.  
HUNSC. Tenerife (Servicio Canario de Salud)

**Objetivo:** Analizar la relación entre los diagnósticos predominantes (F90, F93 y F98 según criterios de la CIE-10) de una muestra infanto-juvenil y la diversidad cultural de sus progenitores, y analizar la relación entre dichos diagnósticos y las variables sociodemográfica y clínicas de la muestra.

**Método:** Estudio descriptivo transversal. Se analizaron los datos descriptivos demográficos, psicopatológi-

cos y datos sobre la diversidad cultural de los padres, de un total de 75 niños/as y/o adolescentes cuyos diagnósticos clínicos correspondían a los criterios F90, F93 y F98 de la CIE-10, y que fueron atendidos en el Servicio de Psicología Clínica en la USMC de Arona (Tenerife) durante los últimos seis meses (Septiembre/2009 hasta Febrero/2010).

**Resultados:** La distribución por sexos corresponde a 25 niñas/adolescentes y a 50 niños/adolescentes, el rango de edad se sitúa entre los 3-17 años. Los datos indican que no hay diferencias significativas entre los diagnósticos dominantes y la diversidad cultural de los padres (tampoco en función del sexo). Sin embargo, sí aparecen diferencias entre los diagnósticos dominantes y variables psico-biológicas: (1) problemas en la gestación: diferencias estadísticamente significativas entre los F93 y los F98 con menores problemas frente a los F90 (más igualdad); (2) problemas en el parto, con igual patrón al mencionado; (3) Respecto al sexo: se evidencian diferencias claras en los niños para cada uno de los trastornos frente a las niñas, salvo en los F93 (más igualdad) y por ello no llegan a ser significativas; (4) Y destaca la presencia de antecedentes psicopatológicos familiares en los F90 (63%) y en los F98 (56%) frente a los F93 (35%).

**Conclusiones:** No hay relación entre las psicopatologías estudiadas y la diversidad cultural de los padres, y aparecen evidencias de mayor peso de las variables psico-biológicas frente a las variables socio-culturales para los F90 en primer lugar, seguidos de los F98.

## Análisis topográfico y diversidad cultural en población infanto-juvenil del sur de la isla de Tenerife

HERNÁNDEZ ALVARADO J.; MELIÁN DE LEÓN J.L.;  
HERNÁNDEZ GARCÍA D.; SÁNCHEZ BRAVO J.;  
FERNÁNDEZ MÁRQUEZ I.; DE MIGUEL NEGREDO  
A.; DE LA FUENTE PORTERO J. USMC de Arona.  
HUNSC. Tenerife (Servicio Canario de Salud)

**Objetivo:** Describir y analizar las características demográficas y psicopatológicas de una muestra de pacientes infanto-juvenil, y la relación con el lugar de nacimiento de éstos y de sus progenitores.

**Método:** Estudio descriptivo transversal. Se analizaron los datos descriptivos demográficos, psicopatológicos y datos sobre la diversidad cultural de los padres, de



**34** un total de 109 niños/as y/o adolescentes que fueron atendidos en el Servicio de Psicología Clínica en la Unidad de Salud Mental de Arona (Tenerife) durante los últimos seis meses (desde Septiembre del 2009 hasta Febrero del 2010).

**Resultados:** La distribución por sexos corresponde a 43 niñas/adolescentes y a 66 niños/adolescentes, el rango de edad se sitúa desde los 3 años hasta los 17 años, Los datos son: (a) la mayoría son nacidos en España (78%), seguidos de Latinoamérica (17,4%), (b) la identidad cultural de los padres es española (60%), seguida de, ambos progenitores extranjeros (24%) e intercultural (17%); (c) Son familias desestructuradas (62%), (d) con antecedentes psicopatológicos de tipo parental (55%), (e) y sin antecedentes psicopatológicos personales (78%), ni antecedentes orgánicos (67%), ni problemas en la gestación (84%), ni problemas en el parto (91%); (f) Destacan los hijos únicos (39,4%) seguidos de primeros progenitores (28,4%); (g) Y respecto a los diagnósticos, predominan los Trastornos de la emociones de comienzo habitual en la infancia: F93 (31%), seguido de Otros trastornos de la emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia: F98 (23%) y los Trastornos hiperkinéticos: F90 (15%).

**Conclusiones:** Se dan diferencias estadísticamente significativas entre estos tres grupos diagnósticos y el lugar de nacimiento de la muestra, con mayor predominio de España, siendo en el grupo F98 donde se muestran más igualdad con los nacidos en Latinoamérica. Sin embargo, no se dan diferencias significativas entre el diagnóstico clínico y la diversidad cultural de los padres.

## Motivo de consulta más frecuente en preescolares y evolución

**GÜERRE LOBERA MARÍA JOSÉ; DE COS MILAS ANA; CHINCHURRETA DE LORA NURIA; MORENO MENGUANO CARMEN; LAPASTORA DEMINGO PILAR; TRIGO CAMPOY AMANDA. Hospital de Móstoles**

**Objetivos:** Analizar cuales son los signos o síntomas que llevan con más frecuencia a los padres a consultar en un Servicio de Mental y si éstos se corresponden con trastornos codificados en la CIE por su intensidad o disfunción. Además valoraremos si estos niños continúan en seguimiento o piden nuevas consultas después de dos años de la primera consulta.

**Material y métodos:** Para seleccionar la muestra recogeremos todos los niños nuevos de 0 a 6 años durante el año 2007 en un distrito de salud en la periferia de Madrid. A través de la Historia Clínica recogeremos el motivo de consulta y el diagnóstico que se codificó en su momento. Siguiendo el número de revisiones veremos cuántos de esos niños consultaron a lo largo de 2009 y cual era en ese momento el motivo de consulta y diagnóstico.

**Resultados y conclusiones:** Previo a la escolarización los motivos de consulta están más relacionados con las dificultades de los padres en el manejo de los niños: rabietas, problemas del sueño, dificultades del comer o con los esfínteres. Los niños que ya están en centros escolares suelen consultar más por problemas de relación con los iguales, inquietud-hiperactividad o dificultades en la adquisición de conocimientos. Sólo un pequeño porcentaje de esos niños vuelven a consulta o siguen en tratamiento dos años después.

## UCA, director de orquesta de un caso multidisciplinar

**GARCÍA-VILLARRUBIA MUÑOZ ALBERTO; MANZANARES TESÓN NURIA; FERNÁNDEZ MIRÓ JOANA; NIUBÓ DE CASTRO INÉS; PEÑA ROCA JOAN. Institut Pere Mata de Reus**

**Introducción:** A propósito de un caso de una niña de 13 años, que requirió ingreso en una Unidad de Crisis para Adolescentes (UCA) tras la derivación desde Hospital General, por dificultad de tratamiento debido a negativa a la ingesta.

**Material y Métodos:** Varias consultas a los especialistas clínicos y psicopedagogos, tras diversas manifestaciones somáticas derivadas de su VIH, deterioro cognitivo involutivo, tetraparesia espástica, dificultades al habla, retirada del ámbito familiar así como negativa a la ingesta. Intervención de la UCA como centro coordinador de todos los servicios, permitiendo así una visión holística del caso.

**Resultados:** Tras la última consulta realizada en pediatría por su negativa a la ingesta, se remite para ingreso a la UCA, desde donde se inicia proceso de análisis de la situación. Buscando los posibles estresores internos y significado de los síntomas. Viendo así, que el excesivo intervencionismo y la presencia de nuevos sucesos vitales, desencadenan en la paciente una manifesta-



ción de desacuerdo, mediante una conducta oposicionista. Se objetiva, desde este enfoque la utilidad de dicha unidad como “director de orquesta” y centro armonizador de las diferentes actuaciones requeridas, atendiendo también a sus necesidades intrínsecas.

**Conclusiones:** Después de coordinar las múltiples derivaciones precisadas, y de realizar una integración bio-psico-social de su caso, se evidenció una mejoría de su negativismo. Dando cabida a la necesidad de un abordaje longitudinal y evolutivo en los casos multidisciplinarios, demostrando así el riesgo de una visión compartimentalizada y reduccionista que reduce visión global del caso.

## Características clínicas (psicopatológicas) en niños adoptados de edad escolar que consultan en Salud Mental

**GRAELL MONTSERRAT; CUBERES HERNÁNDEZ JUAN; MARTÍNEZ PRADO MARÍA; FAYA MAR; VILLASEÑOR ÁNGEL; MORANDÉ GONZALO.**  
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (Madrid)

**Objetivo:** Descripción de síndromes clínicos evaluados en niños adoptados de edad escolar que acuden a una consulta de Psiquiatría y Psicología.

**Método:** Estudio retrospectivo transversal de historias clínicas de un período de 2 años, recogiendo variables sociodemográficas, familiares y características clínicas. Análisis de Frecuencias y Porcentajes.

**Resultados:** Las consultas de niños adoptados han sido 26 que suponen el 8,6 % del total de nuevas consultas de Psiquiatría de Edad Escolar en el hospital infantil en ese período. Sexo: Niñas: 8 (30,7%) y Niños 19 (73,07%). Edad media de adopción: 32,33 meses (rango: 119-1 meses). Origen: Rusia 6: 23,07%; Ucrania 5: 19,232%; España 4: 15,38%; China 2: 7,69%; Rumania 2: 7,69%; Bulgaria, Ecuador, Polonia, India, Honduras, Hungría, Marruecos 1 cada uno: 3,84%. Estructura Familiar: 22 familias nucleares (81,48%); 3 monoparentales (11,11%) ; 1 institucionalizado (3,71%); 1 familia reconstituida (3,71%). Edad media de primera consulta: 9,48 años (rango: 14-6 años). Motivo de consulta: Problemas de comportamiento: 10 (38,46%); Valoración TDAH: 8 (30,76%); Dificultades Aprendizaje: 5 (19,23%); Problemas Emocionales: 5 (19,23%); Signos

Neurológicos Inespecíficos: 2 (7,69 %); Psicósomático 1 (3,84%); Problemas Alimentación 1 (3,84%). Diagnóstico: Síndrome déficit Atención con Hiperactividad, 14(53,84%); Trastornos Específicos de Aprendizaje 9 (34,01%); Trastornos Emocionales, 6 (23,07%); Trastornos de Conducta 4 (15,38%); Trastornos del Vinculo, 4 (15,38%); Síndrome Alcohólico Fetal 3 (11,53%) y Signos Neurológicos Menores y Mayores: 2 (7,69%), Retraso Mental 1 (3,84%).

**Conclusiones:** Mayoría de niños de origen centroeuropo. Adoptados antes de los 3 años por familias biparentales. Acuden a consulta alrededor de los 9 años por problemas de comportamiento, atención-concentración y aprendizaje y dificultades emocionales. La orientación diagnóstica más frecuente es Síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad e Impulsividad, seguido de Trastornos Específicos de Aprendizaje y Emocionales. Destacan la presencia de Trastorno Reactivo de la Vinculación, Síndrome Alcohólico Fetal y Signos Neurológicos Menores y Mayores en niños edad escolar.

## Psicopatología auto-referida de los padres de adolescentes con Trastornos de Alimentación que inician tratamiento: relación con la gravedad clínica de los pacientes

**GRAELL MONTSERRAT; ANDRÉS PATRICIA; SEPÚLVEDA ANA ROSA; VILLASEÑOR ÁNGEL; FAYA MAR; MARTÍNEZ CANTARERO CARMEN; MORANDÉ GONZALO.** Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid

**Objetivo:** Analizar la psicopatología de padres de adolescentes con trastornos de alimentación y su relación con la severidad de la patología alimentaria del paciente.

**Método:** Estudio “Curso clínico y variables predictoras de evolución en TCA de inicio en la adolescencia” (PI: 08/1832). Presentamos evaluación de psicopatología familiar mediante SCL-90-R (adapt. González de Rivera y cols, 2002). Consta de nueve Dimensiones de psicopatología e Índice Global de Severidad (GSI). Se evaluaron las diferencias entre padres y madres mediante la prueba t de Student y se correlacionó con las subescalas y pun-



36 tuación total del EDE-Q (Severidad patología alimentaria) de las pacientes mediante la prueba de Pearson.

**Resultados:** 25 padres edad  $M=45$  ( $SD=3.1$ ) y 30 madres edad  $M=43$  ( $SD=2.3$ ) de 33 mujeres adolescentes edad  $M=14.5$  ( $SD=1.4$ ). Diagnóstico AN-R ( $n=21$ , 63,6%), ANP ( $n=5$ , 15,2%) y TCANE ( $n=7$ , 21,2%). IMC basal: 16,09 Kg/m<sup>2</sup> ( $SD=1,8$ ). Tiempo evolución: 9 meses ( $SD=4,0$ ). En toda la muestra obtenemos puntuaciones superiores a las medias de población general en todas escalas SCL-90-R y en GSI. Todas las medias de las escalas SCL-90-R son más elevadas en madres que en padres, sólo fue estadísticamente significativo en escala “Depresión” ( $t=-1,9$ ,  $p=0,05$ ) y “Ansiedad” ( $t=-2,1$ ,  $p=0,04$ ). Existe una fuerte correlación positiva entre “Ansiedad Fóbica” del padre ( $r=0,54$ ,  $p<0,01$ ) y “Somatización” ( $r=0,45$ ,  $p<0,05$ ), “Ansiedad” ( $r=0,45$ ,  $p<0,05$ ) y “Hostilidad” de la madre ( $r=0,39$ ,  $p<0,05$ ) y puntuación total EDE-Q.

**Conclusiones:** Ambos padres tienen una situación de riesgo en su estado de salud mental, de forma relevante la ansiedad y depresión en las madres. La asociación de algunas escalas de psicopatología en padres con la severidad del cuadro clínico de las hijas puede corroborar el impacto de la enfermedad en los padres y ser además factor de mantenimiento.

## Estilos de crianza medidos con el cuestionario EMBU-A en adolescentes con Trastornos de Alimentación que inician tratamiento

ANDRÉS NESTARES PATRICIA; GRAELL MONTSEERAT; SEPÚLVEDA ANA ROSA; VILLASEÑOR ÁNGEL; FAYA MAR; MARTÍNEZ CANTARERO CARMEN; MORANDÉ GONZALO.  
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid

**Objetivo:** Analizar los estilos de crianza de padre y madre referidos por adolescentes con trastorno de alimentación y su relación con la severidad de sintomatología alimentaria.

**Métodos:** Referido al estudio “Curso clínico y variables predictoras de evolución en Trastornos de Alimentación de Inicio en la Adolescencia” (PI: 08/1832). Se evalúa Estilo de Crianza de padre y madre referido por las adolescentes mediante el cuestionario

EMBU-A (Castro et al 1990), de 81 ítems con 3 subescalas: Rechazo, Calidez Emocional y Sobreprotección. Se evaluó diferencias padre-madre en EMBU con t - Student y se correlacionó con EDE-Q de las pacientes mediante r de Pearson.

**Resultados:** 25 padres edad 45 ( $SD=3.1$ ) y 30 madres edad 43 ( $SD=2.3$ ) de 33 adolescentes mujeres diagnosticadas de: ANR 21 (63,6%), ANP 5 (15,2%) y TCANE 7 (21,2%). Media IMC basal: 16,09 Kg/m<sup>2</sup> (s.d.: 1,76). Las medias de las escalas del EMBU son más elevadas en madres que en padres. Sólo fue estadísticamente significativa la escala “Sobreprotección” Padre =31,4 ( $SD=6,8$ ) vs. Madre = 33,5 ( $SD=6,7$ ) ( $t=-2,7$ ,  $p=0,01$ ). El “Calor emocional materno” correlaciona negativamente con la escala “Rechazo materno” ( $r=-0,35$ ,  $p<0,05$ ) y con “Calor emocional paterno” ( $r=0,68$ ,  $p<0,01$ ). La “Sobreprotección paterna” se asocia positivamente con “Sobreprotección materna” ( $r=0,79$ ,  $p<0,01$ ). La “Preocupación Alimentaria” del EDE-Q se asocia con “Sobreprotección paterna” ( $r=-0,35$ ,  $p<0,05$ ). El “Calor emocional materno” correlaciona negativamente con “Preocupación por el Peso” ( $r=-0,42$ ,  $p<0,05$ ), “Sobreprotección materna” correlaciona positivamente con “Preocupación por el Cuerpo” ( $r=0,37$ ,  $p<0,05$ ).

**Conclusiones:** Existe asociación entre los estilos de crianza de alta sobreprotección materna y paterna y severidad de la patología alimentaria. El calor emocional materno se asocia a menor preocupación por el peso. Algunos estilos de crianza si se mantienen en el tiempo pueden interferir en el tratamiento de las pacientes jóvenes adolescentes.

## Motivación al cambio y relación con severidad de psicopatología alimentaria en adolescentes con Trastorno de Alimentación que inician tratamiento

GRAELL BERNA MONTSEERAT; ANDRÉS NESTARES PATRICIA; SEPÚLVEDA ANA ROSA; VILLASEÑOR ÁNGEL; FAYA MAR; MARTÍNEZ CANTARERO CARMEN; MORANDÉ GONZALO. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

**Objetivo:** Analizar la motivación al cambio - grado de preparación del paciente para iniciar y mantener cambios



conductuales, cognitivos y fisiológicos encaminados a la recuperación - en adolescentes con TCA de corta evolución al inicio del tratamiento hospitalario. Describir las variables clínicas relacionadas con el estadio de cambio en estos adolescentes.

**Metodología:** Referido al estudio “Curso clínico y variables predictoras de evolución en TCA de inicio en la adolescencia” (PI: 08/1832). Se evalúa la motivación al cambio (Prochanska y DiClemente, 1984) mediante el cuestionario ANSOCQ (Rieger et al., 2000; versión española Serrano et al (2004), severidad de la sintomatología alimentaria con EDE-Q-A (Carter et al., 2001) y niveles de ansiedad clínica con STAIC (Spilberger, 1973) y depresión con CDI (Del Barrio, 1999). Se utilizó medias, desviaciones típicas y frecuencias para variables continuas y categóricas. Se realizaron análisis de correlación de Pearson y ANOVA del EDE-Q-A según etapas de cambio de ANSOCQ.

**Resultados:** 33 mujeres adolescentes edad media 14,5 (SD = 1,4). Diagnóstico: AN-R (n = 21, 63,6%), ANP (n=5, 15,2%) y TCANE (n= 7, 21,2%). Media IMC basal: 16,09 (SD = 1,8). Tiempo Evolución media: 9 meses (SD= 4,0). Según ANSOCQ, las etapas de cambio son: 13 (38,2%) en Etapa de Preparación, 12 (35,3%) en Contemplación, 4 (11,8%) en Pre-contemplación, 3 (8,8%) en Acción y 1 (2,9%) en Mantenimiento. La media EDE-Q-A total es 2,9 (SD= 1,6). Existe una asociación negativa fuerte entre las etapas de cambio y el EDE-Q-A total y ( $r = -0,62$ ), el CDI ( $r = -0,60$ ), el STAIC-estado ( $r = -0,7$ ) y STAIC-rasgo ( $r = -0,54$ ). La diferencias de las medias en las escalas del EDE-Q-A según las etapas de cambio fueron significativas: escala restrictiva ( $p < 0,008$ ), preocupación por la figura ( $p < 0,001$ ), preocupación por el peso ( $p < 0,001$ ) y EDE-Q total ( $p < 0,001$ ), excepto preocupación por la alimentación ( $p < 0,08$ ).

**Conclusiones:** La mayoría de adolescentes con TCA que inician tratamiento hospitalario se encuentran en estadios de cambio de Contemplación y Preparación. A menor motivación al cambio mayor severidad de la patología alimentaria, mayor ansiedad y mayor depresión.

## Emoción expresada en padres de adolescentes con Trastorno de Alimentación que inician tratamiento

ANDRÉS PATRICIA; SEPÚLVEDA ANA ROSA; GRAELL MONTSERRAT; VILLASEÑOR ÁNGEL; FAYA MAR; MARTÍNEZ CANTARERO CARMEN; MORANDÉ GONZALO. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.

**Objetivo:** Evaluar la Emoción Expresada del padre y madre de adolescentes con trastornos de alimentación y analizar su relación con el subtipo diagnóstico TCA de la paciente.

**Método:** Referido al estudio “Curso clínico y variables predictoras de evolución en Trastornos de Alimentación de Inicio en la Adolescencia” (PI: 08/1832). Se evalúa la emoción expresada familiar con cuestionario FQ (Family Questionnaire; Widermann, 1988, versión castellano Sepúlveda et al., 2010). Consta de 20 ítems que miden criticismo (CC) y sobre-implicación emocional (EOI). Se evalúan las diferencias en Emoción Expresada entre padres y madres mediante la prueba t de Student y chi-cuadrado y su correlación con subtipo diagnóstico.

**Resultados:** 25 padres edad media 45 (SD=3.1) y 30 madres edad media 43 (SD=2,3) de 33 adolescentes mujeres edad media 14,5 años (SD = 1,4) con diagnóstico de AN-R (n = 21, 63,6%), ANP (n=5, 15,2%) y TCANE (n= 7, 21,2%). Tiempo de evolución media: 9 meses (SD= 4,0). No existen diferencias en Emoción Expresada entre el padre y la madre en CC: Padre= 19,8 (SD=4,7) vs. Madre=18,8 (SD=4,9) ni en EOI: Padre= 26,4 (SD=3,8) vs. Madre =27 (SD=3,6). El 28% de los padres y un 34,5% de las madres puntúan con valores altos para CC, en cambio, un 56% de los padres y un 58,6% de las madres puntúan con valores altos para EOI, estas diferencias no fueron significativas ( $p > 0,05$ ). El elevado criticismo del padre como de la madre está asociado de forma significativa al tipo de diagnóstico de la paciente, en concreto, en AN-R ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** Más de la mitad de los padres y madres de las pacientes tienen altos niveles de sobre-implicación emocional y una cuarta parte elevados niveles de criticismo, siendo más frecuente en pacientes con AN-R. Datos



38 relevantes para el tratamiento de la paciente por considerarse un factor familiar mantenedor de la enfermedad.

## Análisis de la demanda en un Servicio de Psiquiatría de Enlace infanto-juvenil

ANA DE CÓS MILAS; MARÍA JOSÉ GÜERRE LOBERA; LAURA RUIZ DE LA HERMOSA GUTIÉRREZ; JULIA MARTÍN CARBALLEDA; BRÍGIDA HIGUERAS MADSEN; NURIA CHINCHURRETA DE LORA. Hospital de Móstoles

**Objetivos:** Analizar los motivos de derivación al Servicio de Interconsulta de Psiquiatría Infanto-Juvenil, desde el Servicio de Pediatría de un hospital general. Conocer las patologías más frecuentes y establecer, en un futuro, programas específicos en función de la demanda.

**Métodos:** Se recabarán los datos de asistencia del periodo comprendido entre los meses de Septiembre 2009 y Mayo 2010 (9 meses). Mediante análisis estadísticos se determinarán las patologías más prevalentes y las especialidades de Pediatría que más consultan, así como datos sociodemográficos (edad, sexo...).

**Resultados:** Por los datos recogidos hasta el momento podemos inferir que los motivos de derivación más frecuentes son los Trastornos de Conducta Alimentaria, Trastornos Somatomorfos y Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad. Los servicios que más derivan son Endocrino Pediátrica y Neuropediatría.

**Conclusiones:** El Servicio de Psiquiatría de Enlace forma parte del abordaje multidisciplinar que favorece, con un trabajo conjunto con Pediatras y Enfermería la adecuada valoración y tratamiento de diversas patologías. Los datos obtenidos orientan hacia la necesidad de establecer programas específicos para algunos trastornos (Trastornos de Conducta Alimentaria y Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad).

## Diferencias en rendimiento cognitivo entre pacientes con Trastorno con Déficit de Atención/Hiperactividad con y sin medicación

ALEJANDRA GONZÁLEZ ANIDO; KEREXETA LIZEAGA I; ALONSO GANUZA Z; LEÓN ÁLVAREZ C; ERKOREKA GONZÁLEZ L; RINCÓN GARCÉS T; CARBALLO SARMIENTO M; PÉREZ CABEZA LUCIA; OLAZÁBAL EIZAGUIRRE N; RAHMANI R. Hospital de Basurto

**Objetivos:** Valorar el rendimiento cognitivo de un grupo de pacientes diagnosticados de TDA/H que acuden a nuestro servicio con problemas de rendimiento escolar. Valorar las diferencias en rendimiento cognitivo en pacientes con TDA/H con y sin medicación.

**Metodología:** Se evalúan todos los pacientes derivados desde el servicio de Neuropediatría mayores de 7 años y con diagnóstico de TDA/H y problemas de rendimiento escolar, durante tres meses. Se recogen datos sociodemográficos y clínicos y se administran pruebas psicométricas: WISC-IV para evaluar CI; Test de Stroop, TMT y Figura compleja de Rey para evaluar funciones ejecutivas (inhibición, atención alternante, planificación).

**Resultados:** Se obtiene una muestra de 15 pacientes, 11 hombres y 4 mujeres, con una edad media de 10 años. 6 de ellos con subtipo inatento, 9 subtipo combinado. 8 reciben medicación frente a 7 que están sin medicar. El CIT promedio es de 102, CV=107, RP=103, MT=94, VP=102. En el TMT-A el tiempo medio en segundos es de 23 y en el TMT-B es de 59. En el Test de Stroop-P obtienen una media de 74, en el Stroop-C=47 y en el Stroop-PC=25. En la Figura de Rey-Copia obtienen una puntuación media de 27 y el tipo de copia más frecuente es el II y el III. Todas las puntuaciones se encuentran dentro del rango promedio de acuerdo al grupo de edad. Dividida la muestra en dos grupos, con y sin medicación, aunque el grupo de TDA/H con medicación puntúa más alto en la mayoría de las pruebas, las diferencias no son significativas.

**Conclusión:** El CIT de los niños con TDA/H y dificultades de rendimiento escolar se encuentra dentro de la media, evidenciando que los problemas en rendimiento no son debidos a una falta de capacidad. No existen diferencias en el rendimiento cognitivo valorado a través de pruebas psicométricas entre los niños con medicación y los no medicados.



## Procesamiento de errores en niños sanos: un estudio de event-related fMRI

SUGRANYES G (1); JAMES S (2); CULLEN AE (2); MOULD GL (2); TAYLOR EA (1); HODGINS S (2); MURRAY RM (3); LAURENS KR (2). King's College London, Institute of Psychiatry. 1Department of Child and Adolescent Psychiatry. 2Department of Forensic and Neurodevelopmental Sciences. 3Department of Psychological Medicine.

**Objetivos:** Estudios electrofisiológicos y de resonancia magnética funcional (fMRI) han descrito que el córtex cingulado anterior (ACC) tiene un papel clave en la detección de errores, a la vez que el procesamiento de errores es una función sujeta a la maduración a lo largo de la adolescencia. Nuestro objetivo fue validar una tarea inductora de errores utilizando fMRI “event-related”, en una muestra de niños de desarrollo normal.

**Métodos:** Quince niños de 9-12 años completaron una tarea “Go/noGo” durante registro fMRI. Las imágenes fueron procesadas utilizando SPM8. La actividad hemodinámica generada por los errores de comisión (EdC) y rechazos correctos (RC) a estímulos noGo, en relación al basal, fueron evaluados en el segundo nivel, utilizando pruebas t-student independientes. Se modelaron las respuestas correctas a estímulos “Go” como basal. Los clústers de activación y regiones de interés significativos fueron determinados a  $p=0.05$  corregido por comparaciones múltiples, después de aplicar un umbral para inclusión del  $p=0.05$ , sin corregir.

**Resultados:** El análisis de la respuesta hemodinámica a EdC, en relación al basal, generó un clúster de activación en el ACC caudal, con extensión a zonas rostrales. Aplicando una aproximación por regiones de interés, tanto las regiones caudales y rostrales del ACC fueron significativamente activadas. La comparación directa entre EdC y RC reveló un patrón similar a nivel de clúster en la región caudal del ACC, con activación significativa en tanto la zona caudal como rostral después de análisis por regiones de interés. El análisis de RC no reveló ninguna área de activación significativa.

**Conclusiones:** estos resultados sugieren que esta tarea genera activación en zonas del cerebro previamente relacionadas con el procesamiento de errores en adultos, en una muestra de niños de desarrollo normal. La validación

de esta tarea en esta muestra nos permitirá estudiar el procesamiento de errores en niños con trayectorias anormales del desarrollo.

## Trastorno por ansiedad de separación en la infancia y psicopatología parental

GÜERRE LOBERA MARÍA JOSÉ; CHINCHURRETA DE LORA NURIA; DE COS MILAS ANA; MORENO MENGUIANO CARMEN; LAPASTORA DEMINGO M PILAR; MARTÍN CARBALLEDA JULIA. Hospital de Móstoles

**Introducción:** El trastorno por ansiedad de separación en la infancia es una patología que aparece con frecuencia en edades tempranas. Se manifiesta como un cierto grado de ansiedad ante la separación real o la amenaza de la misma de personas significativas con las que están vinculados los niños. La diferencia de la ansiedad normal que puede presentar con cualquier niño es la intensidad del cuadro y la asociación de un funcionamiento social deteriorado.

**Objetivos:** Deseamos conocer si en estos niños las figuras parentales presentan psicopatología y si ésta puede interferir en el establecimiento de un apego seguro, lo cual podría favorecer la aparición del trastorno de ansiedad de separación. También observar si hay algunas patologías que son más frecuentes en los padres.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo. Para ello revisaremos los pacientes que acudieron a Nuestro Servicio por este motivo en los últimos seis meses. Dentro de esa muestra, a través de la Historia clínica veremos los antecedentes de patología mental en los padres.

**Resultados y Conclusiones:** Se observa que dentro de los niños con padres con trastorno mental, muchos de ellos presentaban patología que dificulta el desarrollo de un vínculo seguro. Se ha observado que las patologías más frecuentemente observadas pertenecían al espectro de los trastornos afectivos y trastornos de ansiedad.





## 40 Delincuencia juvenil: un problema multidimensional, una solución integradora y plural

**MEDINA MALLEIRO, GLORIA. Fundación Internacional O`Belen. Centros Terapéuticos de CCLM**

**Introducción:** La adolescencia es, en general, una etapa de vulnerabilidad al comportamiento antisocial. La delincuencia juvenil es la expresión de una situación de desajuste con características multidimensionales (biopsicosocial), que obliga a la implementación e integración de estrategias multidisciplinarias de intervención y prevención. El adolescente en conflicto con la ley penal, nombrados también como niños y adolescentes en riesgo social, jóvenes transgresores, etc. posee particularidades propias. La valoración e intervención de los rasgos conductuales y caracteriales en este grupo ha de ser predictiva y pronostica en cuanto a la gravedad de los delitos, riesgo de reincidencia, variabilidad delictiva, o dificultad para el tratamiento rehabilitador.

**Objetivo:** Ofrecer un panorama integral de las principales teorías explicativas y modelos preventivos de la conducta delictiva en adolescentes. Describir de forma breve los planteamientos que han tenido mayor alcance en la investigación existente y que, en mayor o menor medida, son importantes para la comprensión de los modelos de intervención existentes. Valorar variables psicobiológicas y neurocognitivas que intervienen en el desarrollo y riesgo de sociopatía vs. psicopatía del menor trasgresor.

**Desarrollo:** Se realiza una revisión bibliográfica, sistemática desde lo publicado por expertos en las diferentes áreas (Psicología, psiquiatría, sociología, sistema educativo, sistema de justicia juvenil) en las que se apoya la intervención de esta problemática en el mundo occidental.

**Conclusiones:** Las diferentes teorías que intentan abordar la compleja problemática de la delincuencia juvenil muestran que una sola teoría explicativa resulta insuficiente y reduccionista en la comprensión de este fenómeno, evidenciando que es el enfoque combinado en las valoraciones e intervenciones lo que permitirá incidir en la prevención y rehabilitación obligando a estructurar programas plurales multidimensionales e integradores.

## Adolescencia conflictiva: rehabilitación desde la institución

**MEDINA MALLEIRO, GLORIA. Fundación Internacional O`Belen. Centros Terapéuticos de CCLM**

**Introducción:** El fundamento del trabajo con adolescentes en instituciones residenciales rehabilitadoras psicoeducativas, requiere la valoración y diagnóstico de cada individuo a fin de orientar el tratamiento con una intervención multimodal, dirigida a las necesidades y evolución de los procesos particulares de cada menor, estableciendo así la intervención psicoterapéutica, psicoeducativa y psicobiológica demandada. Los adolescentes con comportamientos perturbadores tienen una oportunidad de rehabilitación a través de la intervención multimodal (interdisciplinar, pluridimensional y contextual) en centros residenciales de tratamiento, ya sea su conducta debida a un trastorno psicopatológico básico, y/o dentro de biografías de maltrato, abandono, negligencia, abusos, disfuncionalidad social y/o familiar, donde otros modos de intervención han fracasado y donde su nivel de riesgo inmediato, no sea tan grave como para ponerse en peligro ellos mismos o a otros. Estos jóvenes llegan a los centros de forma involuntaria, con lo cual podríamos decir que acuden a la convivencia sin deseo y sin demanda, descargando en el entorno, todo el monto de agresividad, miedo y angustia que los llena, obligando a trabajar con ellos de forma intensa y continuada las 24 hrs. del día con personal muy motivado y bien cualificado.

**Objetivo:** Revisar los fundamentos de trabajo metodológico con los adolescentes a cargo de instituciones residenciales rehabilitadoras psicoeducativas. Determinar las características requeridas en los profesionales que trabajan en este contexto según el consenso internacional.

**Desarrollo:** Se realiza una revisión bibliográfica sistemática de las publicaciones de diversos autores y grupos a cargo de menores con alteraciones del comportamiento tanto desde el ámbito clínico como el judicial.

**Conclusiones:** Idealmente las diferentes intervenciones propuestas, persiguen alcanzar la mayor eficacia posible dentro de un programa amplio de tratamiento que cubran una extensa variedad de dominios de riesgo, como síntomas psicopatológicos, expresiones maladaptativas de rasgos básicos temperamentales, de relaciones interpersonales y de la identidad que se consolida. Los programas se centran hoy en métodos de intervención que promuevan mayor una competencia social.



## Identificación de un determinado perfil afectivo y cognitivo de la teoría de la mente en el Síndrome de Williams

LENS MARIA; SAMPAIO ADRIANA; BUCETA M<sup>ª</sup> JOSÉ; GARAYZÁBAL-HEINZE ELENA; GONÇALVES ÓSCAR F.; CARRACEDO ÁNGEL; FERNÁNDEZ-PRIETO MONTSE. 2, 5 Universidad del Minho, 3 Universidad de Santiago de Compostela, 4 Universidad Autónoma de Madrid, 1, 6, 7 Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica

El Síndrome de Williams (SW) es una enfermedad genética rara del neurodesarrollo causado por un hemidelección en el cromosoma 7 en la región q11.23 (Puebls et al., 2000). Los pacientes tienen un fenotipo inusual, que incluye un perfil característico físico, médico, neurocognitivo y neuroanatómico. Las características físicas/médicas incluyen una morfología craneofacial característica en el síndrome, alteraciones cardíacas y pulmonares, retraso del crecimiento, hipercalcemia, hiperacusia y dificultades para la alimentación (Metcalf, 1999). El otro componente principal del SW es un fenotipo neurológico / perfil cognitivo que se caracteriza por retraso mental y un desarrollo asimétrico, con áreas débiles y fuertes en su rendimiento.

En los pacientes con SW el deterioro cognitivo severo del área viso-espacial se ha descrito coexistiendo con una relativa preservación en el reconocimiento de caras, la memoria auditiva a corto plazo, y habilidades de lenguaje y narrativa (Bellugi et al., 2000; Gonçalves et al., 2004; Gonçalves et al., 2005; Mervis, Robinson, Bertrand, Morris, Klein-Tasman, y Armstrong, 2000). Una de las características más llamativas de las personas con SW es su perfil socio-afectivo, que se caracteriza por su alta sociabilidad, desinhibición, exceso de amabilidad, su teoría de la mente (ToM) y fuerte empatía. Sin embargo, existen controversias en cuanto a habilidades de la ToM en el SW.

En este estudio, se evaluaron 3 personas con Síndrome de Williams y 3 personas con desarrollo normal, equiparadas en edad cronológica y sexo, mediante una tarea desarrollada por Shamay-Tsoory, Harari y Levkovitz (2009). Con estos datos se caracterizan las dimensiones afectivas y cognitivas de la teoría de la mente en el síndrome de Williams en comparación con el desarrollo típico.

## Prevalencia de Trastornos Generalizados del Desarrollo en Málaga

AGUILAR HURTADO JUAN MANUEL; GUZMÁN ÁLVAREZ GUADALUPE; PÉREZ GONZÁLEZ RITA MARIA; LÓPEZ LORENTE CRISTOBALINA; LARA PINO ARACELI; URQUIZA MORALES JOAQUÍN. Hospital Regional Clínico U. Carlos Haya de Málaga

Los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) comprenden un conjunto heterogéneo de patologías que afectan a niños y jóvenes, siendo el Autismo la más grave y frecuente. En la actualidad la prevalencia de estas patologías esta sometida a debate, parece aumentar, en parte por cambios en los criterios diagnósticos y una mayor sensibilización, aunque no se descarta un incremento real de la incidencia. Los estudios de prevalencia presentan resultados dispares, atribuible a la metodología, al ámbito geográfico y otros factores. Una reciente revisión sistemática estima una tasa de 20 /10.000 hab. Se desconoce la prevalencia de TGD en España.

**Objetivos:** Conocer la tasa de prevalencia de TGD en la provincia de Málaga global y por subtipos.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal.

**Muestra:** niños escolarizados (6-16 años) durante un curso en el Programa de Necesidades Educativas Especiales con diagnósticos incluidos en el apartado F84 de CIE-10. Reclutamiento y evaluación clínica mediante entrevista semiestructurada con los padres, para identificar los casos, según CIE-10. Como denominador para la tasa de prevalencia se utilizará el Padrón Municipal de Habitantes 2006. De los 71 colegios contactados en Málaga, colaboraron 22 centros (31%), en 30 centros solo colaboran algunas familias (42%), mientras que 19 centros no colaboran pero se logra entrevistar a algunos niños al ser pacientes tratados por la USMIJ (26%).

**Conclusiones:** En Málaga capital se encontraron un total de 59 individuos con TGD lo cual supone una prevalencia de 10.38 por 10000 habitantes. En la tabla se pueden observar la prevalencia atendiendo al tipo de diagnóstico:

	Todos		Hombres		Mujeres	
	n	Prev por 10.000	n	Prev por 10000	n	Prev por 10000
F.84.0	21	3,69	20	6,97	1	0,36
F.84.5	22	3,87	20	6,97	2	0,71
Resto	16	2,81	11	3,83	5	1,78
Total	59	10,38	51	17,76	8	2,84



## 42 Análisis de características sociodemográficas, clínicas en pacientes autistas

GUZMÁN ÁLVAREZ GUADALUPE; AGUILAR HURTADO JUAN MANUEL; LARA PINO ARACELI; LÓPEZ LORENTE LINA; PÉREZ GONZÁLEZ RITA MARIA; URQUIZA MORALES JOAQUÍN. Hospital Regional Clínico Universitario Carlos Haya de Málaga

**Objetivos:** Establecer las posibles asociaciones entre los diferentes subtipos, aspectos sociodemográficos, características clínicas y otros parámetros.

### Metodología

**Muestra:** niños escolarizados (6-16 años) durante un curso en el Programa de Necesidades Educativas Especiales con diagnósticos incluidos en el apartado F84 de CIE-10. Reclutamiento y evaluación clínica mediante entrevista semiestructurada con los padres, para identificar los casos, según CIE-10, del total de entrevistas realizadas se seleccionaron 99 pacientes que cumplieran criterios clínicos de TGD en la provincia de Málaga. Se realizaron análisis descriptivos de variables; análisis de Cluster para la tipificación de subtipos, según categorías CIE-10 y gravedad; test chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher y odd ratio, para el estudio de asociaciones entre los diferentes subtipos y los aspectos estudiados.

**Resultados:** Un 88% eran hombres y un 12% mujeres. La media de edad de los pacientes fue de 10,21 años (s.d. 3,18). Al analizar el nivel de estudios del padre se encontró que un 44% presentaba estudios primarios, un 33% estudios secundarios y un 23% estudios universitarios. Mientras que las madres un 40% presentaba estudios primarios, un 38% estudios secundarios y un 20% estudios universitarios. La edad media del padre en el momento de nacimiento del niño fue de 34 (sd 5,51) y la de la madre 31 (s.d. 6,34). La media de edad del niño en el momento de la sospecha fue de 2.11 años de edad (s.d. 1,90). No se encontraron diferencias significativas entre los estudios de los padres y el momento de sospecha diagnóstica ( $p=0.347$ ,  $p=0.178$ ). El 17% de los niños presentaron antecedentes directos de trastorno psiquiátrico y un 49% antecedentes no directos. Analizándose igualmente por subtipos. Encontrándose que no existe asociación entre el tipo de diagnóstico y la presencia de antecedentes directos tr psiquiátrico ( $p=0.359$ ). Se analizaron igualmente diversas características clínicas, antecedentes médicos, etc.

**Conclusiones:** El presente trabajo facilita la evaluación de la complejidad clínica de estos trastornos siendo necesario estudios adicionales que integren los múltiples datos obtenidos.

## Comparación de las funciones adaptativas en niños con Trastorno Generalizado del Desarrollo escolarizados en aulas específicas de centros de educación ordinaria vs. aulas ordinarias

PIERA PINTO E.; MARTÍNEZ GIMÉNEZ RAQUEL; MENDIALDUA PATRICIA; BADIA LAURA ; PAMIAS MASSANA MONTSERRAT. Corporación Sanitaria Parc Tauli

**Introducción:** Un elemento clave para la efectividad del tratamiento de los trastornos de espectro autista es que sea intensivo y extensivo a todos los contextos del paciente (Fuentes-Biggi et al. 2005). La escolaridad en centros ordinarios de niños con TGD puede representar un recurso educativo-terapéutico con la intervención adecuada de los profesionales y dependiendo de la capacidad del niño.

**Objetivo:** Comparar las funciones adaptativas de pacientes diagnosticados con trastorno Autista, trastorno de Asperger o TGD NOS, escolarizados en centros ordinarios, unos dentro del programa educativo-terapéutico USEE y otros escolarizados con recursos exclusivamente pedagógicos sin soporte del psicólogo clínico del Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil.

**Método:** Se administra a padres de niños diagnosticados en nuestro servicio con TGD las Escalas de Conductas Adaptativas Vineland II (Sparrow et al. 2005). Se compara las evaluaciones realizadas en el área de comunicación, habilidades cotidianas, socialización y problemas de conducta en una muestra de 8 niños de 5 a 8 años escolarizados en centros ordinarios con el programa de soporte aula USEE y 10 niños diagnosticados de TGD escolarizados sin el recurso.

**Resultados y Conclusiones:** Se mostraron los principales resultados estadísticos de los 5 dominios de las escalas de Vineland II, así como la descripción de los perfiles de pacientes escolarizados con un programa o sin él.



## Intervención grupal de padres de niños con Trastorno del Espectro Autista

V. LAPORTE BREYSSE; MARTÍNEZ GIMÉNEZ R.; PIERA PINTO L.; PAMIAS MASSANA M. Corporación Sanitaria Parc Tauli

**Introducción:** Según las guías de buena práctica clínica con pacientes con TEA, los tratamientos recomendados son el cognitivo-conductual, farmacológico y/o la psicoeducación de los progenitores en referencia a los TEA. La intervención grupal psicoeducativa en diagnóstico, métodos de aprendizaje alternativos (TEACCH y SAAC) y entrenamiento cognitivo-conductual a padres se ha mostrado efectiva en estos pacientes.

**Objetivos:** describir la elaboración de un grupo psicoeducativo de padres de pacientes diagnosticados de Autismo y retraso mental asociado a trastornos de conducta, llevado a cabo en el ámbito clínico.

**Método:** Grupo de 13 padres atendidos en el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de la Corporación Sanitaria Parc Tauli (Sabadell, Barcelona) con hijos con Autismo escolarizados en Centros de educación especial. Durante 10 sesiones de 1 hora semanal, se imparte psicoeducación en diagnóstico, manejo conductual, e intervenciones terapéuticas específicas dirigidas al tratamiento del autismo (Método de aprendizaje estructurado TEACCH, Sistemas alternativos y aumentativos de la comunicación SAAC, control de hábitos, etc.). Se procede a evaluar previamente y posteriormente el nivel de adaptación conductual de los pacientes con escalas estandarizadas y cualitativas (Vineland II, GHQ28, cuestionario cualitativo de satisfacción e implementación de técnicas y métodos aprendidos).

**Resultados:** Presentación de la metodología y contenido de las sesiones grupales de padres (entrenamiento en el manejo conductual, psicoeducación en hábitos de higiene y alimentación, formación en el método TEACCH y en SAAC).

**Conclusiones:** En relación a la literatura existente, presentamos una metodología de intervención psicoeducativa grupal de padres de hijos con TEA que corresponde a las recomendadas por las guías de buena práctica clínica. Refiriendo una mejoría en las capacidades adaptativas de la conducta de los pacientes con autismo, cuyos padres ponen en práctica métodos educativos específicos en el ámbito familiar.

## Patología psiquiátrica comórbida en los pacientes con TGD del Área de Jerez de la Frontera

LILLO MORENO CONSUELO; BRAVO-FERRER ACOSTA ANA MARÍA; FERNÁNDEZ NICOLÁS EMILIA; AMENÁBAR FIGUEROA MATÍAS; LARA RUIZ-GRANADOS IGNACIO; DÍAZ-CANEJA GRECIANO MARÍA ÁNGELES. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Área de Gestión Clínica de Salud Mental de Jerez de la Frontera

**Introducción:** El autismo es un trastorno complejo del desarrollo, con etiologías múltiples y con manifestaciones clínicas muy heterogéneas. Además del diagnóstico diferencial e identificación de la sintomatología esencial, es importante evaluar desde los dispositivos especializados la posibilidad de que exista sintomatología asociada, ya que muchas personas desarrollan otros síntomas del comportamiento y psiquiátricos que pueden considerarse como un trastorno comórbido y que necesitarán intervención propia. Aún no hay datos suficientes en la literatura actual que dejen claro si algunos de estos síntomas conductuales y psiquiátricos son derivados del desarrollo del autismo, o en realidad deben considerarse síntomas de trastornos comórbidos. Los trastornos comórbidos más frecuentes son retraso mental, epilepsia, problemas emocionales y conductuales, las dificultades atencionales, la inquietud psicomotora, trastornos de ansiedad, TOC, psicosis, trastornos afectivos, etc. (1, 2, 3).

**Objetivos** Analizar la comorbilidad de los pacientes que realizan seguimiento en USMI-J de Jerez de la Frontera con diagnósticos de TGD (F84 según CIE-10). Diseñar y aplicar medidas correctoras en caso de deficiencias.

**Método:** Estudio observacional transversal. Revisamos las historias clínicas de todos los pacientes diagnosticados de TGD en todos sus subtipos en sus historias clínicas (N=79) para analizar comorbilidad.

**Resultados:** El 16,5% de los pacientes presentaron al menos un diagnóstico comórbido.

TDAH	46,2%
Epilepsia	23,1%
X frágil	7,7%
Retraso mental	23,1%
TOC	7,7%
Hidrocefalia	7,7%
Síndrome de Budd-Chiari	7,7%



**44 Conclusiones:** Al analizar la muestra observamos diagnósticos comórbidos descritos en la literatura, aunque el porcentaje de enfermos que presentan comorbilidad es menor. Sería conveniente valorar infradiagnósticos. La impresión en la revisión es que los trastornos conductuales asociados a TGD no son codificados como comorbilidad en nuestro medio.

## Descripción de pacientes pre-púberes ingresados en una unidad de hospitalización psiquiátrica breve

**GUTIÉRREZ PRIEGO SILVIA; PEDREIRA MASSA JOSÉ LUÍS; FAYA BARRIOS M<sup>a</sup> MAR; GRAELL BERNA MONTSERRAT; MARTÍNEZ CANTARERO CARMEN; MORANDÉ LAVÍN GONZALO.** Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid

**Introducción y Objetivos:** Describir los motivos de ingreso más frecuentes en pre-púberes y los diagnósticos efectuados. Estudiar la relación entre características socio-familiares y la psicopatología del menor.

**Material y Método:** La muestra la integran pacientes ingresados desde enero 2008 hasta marzo 2010, 117 pacientes. Se describe: psicopatología, variables socio-demográficas, antecedentes psiquiátricos, estructura familiar, estancia media, pruebas psicológicas aplicadas (CDI, STAIC, Rosenberg, Test de Maudsley, SCL-90 y CBCL a los padres). Se realiza análisis diferenciado por sexos.

**Resultados:** Media Edad: 10. Predominio varones (77%). Principales motivos ingreso: Heteroagresividad y comportamientos disruptivos (60%) e ideas autolíticas. Estancia Media: 10 días. Principales diagnósticos: Trastornos disociales e hiperkinéticos (50%) seguidos por los Trastornos de Ansiedad (25%), trastornos depresivos (predominio en varones sobre mujeres) y finalmente los TGD (con predominio masculino). Mayoría de familias estructuradas con un porcentaje de desorganizadas del 38%.

**Conclusiones:** La mayor parte de la patología externalizante e internalizante recae en los varones pre-púberes. La estructura familiar no es el principal factor de desestabilización. Aunque puede pensarse que la hospitalización de pre-púberes en un entorno cerrado es traumática, este estudio demuestra que siguiéndose un protocolo de hospitalización y seguimiento en el que se incluya

a las figuras parentales desde el principio y minimizando el tiempo de estancia se consiguen resultados positivos y favorables para los pacientes y su entorno.

## Tratamiento farmacológico del TDAH en preescolares

**DÍAZ-CANEJA GRECIANO ÁNGELES; FERNÁNDEZ NICOLÁS EMILIA; AMENÁBAR FIGUEROA MATÍAS; LARA RUIZ-GRANADOS IGNACIO; LILLO MORENO CONSUELO.** Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Jerez

Debido a que el diagnóstico de TDAH antes de los 7 años se realiza con más frecuencia en la práctica clínica, el tratamiento farmacológico se considera como una opción aunque los estudios realizados en esta población son escasos.

### Objetivos

- Examinar el tratamiento farmacológico que se instaura en menores de 7 años con el diagnóstico de TDAH.
- Examinar la presencia de efectos secundarios y la respuesta al tratamiento.

**Métodos:** Se recogen los datos 20 niños menores de 7 años con diagnóstico de TDAH en los que se ha comenzado tratamiento farmacológico debido a la falta de respuesta al abordaje conductual. En dos casos existe comorbilidad con TGD. En 15 casos se comienza tratamiento con metilfenidato a bajas dosis (2.5-5 mg/día); en dos casos se comienza tratamiento con atomoxetina 10-25 mg/día) y en un caso se prescribe risperidona 1 mg/día.

**Resultados:** En la mayoría de los casos con metilfenidato se observa una mejoría en los síntomas del TDAH. En tres casos se discontinúa debido a los efectos secundarios principalmente pérdida de apetito. En cuanto a atomoxetina, se tiene que suspender en un caso por falta de respuesta.

**Conclusiones:** La utilización de metilfenidato en preescolares con TDAH puede ser considerada como una opción si el abordaje conductual no es efectivo. Sin embargo, seguimiento a largo plazo del efecto de la medicación debe ser necesario.



## Estudio descriptivo retrospectivo de las interconsultas a Psiquiatría infanto-juvenil de los pacientes hospitalizados pediátricos durante un año

**FORT PELAY NATALIA; ESPLUGA FRIGOLA NURIA; AGUSTÍN MORRÁS MARTA RAISA; GRACIA LISO REBECA; MIGLIORELLI RICARDO; PUJALS ALTÉS ELENA; PÀMIAS MASSANA MONTSERRAT.**  
Corporació Sanitària Parc Taulí (Sabadell)

**Objetivos:** Describir los datos epidemiológicos de las interconsultas hospitalarias solicitadas por la Hospitalización Pediátrica al Servicio de Psiquiatría Infanto Juvenil de un Hospital General de tercer nivel durante un año. Se estudian el tipo de síntomas que motivan la interconsulta, los diagnósticos realizados, la instauración de tratamiento psicofarmacológico y la derivación al alta. Plantear objetivos para la mejora de las Interconsultas ante los datos epidemiológicos obtenidos.

**Material y métodos:** Se ha realizado una revisión retrospectiva de las interconsultas solicitadas desde la Hospitalización Pediátrica al Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil durante el año 2009.

**Resultados:** Los síntomas gastrointestinales sin evidencia de patología orgánica fueron el motivo de consulta más prevalente (29.4%). Le siguieron los síntomas neurológicos en un (17.6%). Con el mismo porcentaje se situaron las interconsultas motivadas por alteraciones de conducta o agitación, así como aquellas en que se solicitó revisión del tratamiento psicofarmacológico que el paciente recibía ambulatoriamente. Respecto a los diagnósticos realizados, en un 41.2% de casos el diagnóstico era compatible con un Trastorno somatomorfo, aunque en algunas ocasiones permaneció como diagnóstico de sospecha. Le siguieron en prevalencia los Trastornos de ansiedad (<20%). Otros diagnósticos se situaron en porcentajes mucho menores.

**Conclusión:** Si bien los Trastornos Depresivos y los Trastornos de Ansiedad en la edad pediátrica suelen presentarse con quejas somáticas y son dos diagnósticos que merecen una atención especial en el diagnóstico diferencial de algunos cuadros somáticos, son los Trastornos Somatomorfos los diagnósticos más prevalentes en nuestra muestra. Los trastornos somatomorfos son una realidad clínica en nuestro medio. Fomentar mayor detección

de los signos de alarma de los Trastornos de Ansiedad y Depresivos por parte de los pediatras y establecer un circuito de diagnóstico más eficaz para diagnosticar los Trastornos Somatomorfos pueden ser dos dianas de actuación en la Interconsulta Psiquiátrica Pediátrica Hospitalaria.

45

## Análisis descriptivo de variables sociodemográficas y psicopatológicas de los ingresos en unidad de adolescentes del HGUGM durante 2008 y 2009. Comparativa tras 10 años de funcionamiento

**ESPLIEGO FELIPE ANA; RUBERTE SENABRE AGUSTÍN; MORENO ENCABO ISABEL ANA; PÉREZ RUIZ BEATRIZ; LLORENTE SANABRE CLOE; MORENO RUIZ CARMEN; PARELLADA REDONDO MARA; DELGADO LACOSTA CARLOS; MORENO PARDILLO DOLORES MARÍA; ARANGO LÓPEZ CELSO.** Unidad de adolescentes Hospital General Universitario Gregorio Marañón

**Introducción y Objetivos:** La Unidad de Adolescentes del Hospital Universitario Gregorio Marañón es un recurso altamente específico para el abordaje de adolescentes en situación psicopatológica de riesgo. El manejo ágil y experto de casos muy complejos y la permanencia en el tiempo de un sistema organizativo de calidad, exige la continua evaluación del trabajo realizado y la población asistida. Reevaluamos, tras 10 años de funcionamiento, el tipo de población y de ingresos atendidos en esta Unidad.

**Material y Métodos:** A partir de una base de datos informatizada con casi 120 variables para cada paciente, se realiza un análisis descriptivo de todos los ingresos (n=531) de la Unidad de Adolescentes del Hospital General Universitario Gregorio Marañón durante los años 2008 y 2009.

**Resultados y Conclusiones:** Los datos serán presentados de manera explicativa y a través de tablas, gráficos de sectores e histograma de barras según el caso.

Como resumen, la distribución de ingresos a lo largo de 2008-2009 es equivalente a la de 2001 en función de género, edad y características sociodemográficas. Cabe destacar



**46** el elevado grado de desventaja social tanto en 2001 como 2008 y 2009 (valorado por capacidad económica, nivel educacional, fracaso escolar, porcentaje de institucionalización residencial, intervención de servicios sociales, H<sup>a</sup> de maltrato y existencia de antecedentes psiquiátricos familiares), evidenciándose un incremento significativo del porcentaje de adolescentes extranjeros y un peor nivel socioeconómico parental tras 10 años de funcionamiento de la Unidad. Por otro lado, la disminución de estancia media y el aumento de ingresos programados en detrimento de los urgentes es sugerente de una mejor capacidad organizativa asistencial y de coordinación entre los diferentes recursos.

## Prevalencia y características de adolescentes con patología psiquiátrica que han sido acosadores en el ámbito escolar

**GARCÍA DE MIGUEL BERTA; BONDIA MONTSERRAT; ANDRÉS SUSANA; NOGUERA ANA; ROSA MIREIA; TORO JOSEPH.** Hospital Clínico y Provincial de Barcelona

**Introducción:** A pesar de que el acoso escolar es un tema de interés creciente, poco conoce acerca de las características de los adolescentes acosadores y no existe ningún estudio acerca de la frecuencia de este tipo de problemas en población psiquiátrica en nuestro entorno.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de adolescentes con patología psiquiátrica que realizan "bullying". Estudiar las características demográficas y clínicas de los menores acosadores en el ámbito escolar. Por último, estudiar la frecuencia de los diversos tipos de acoso que realiza este subgrupo.

**Métodos:** Se ha realizado un estudio de tipo transversal con 170 pacientes (N=66 varones, N=102 mujeres) atendidos en el Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil del Hospital Clínico de Barcelona mediante un cuestionario autoaplicado. También se aplicaron cuestionarios de depresión (CDI) y ansiedad (CETA). Se han incluido pacientes de edades comprendidas entre los 12 y los 16 años, con los siguientes diagnósticos: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno negativista desafiante, depresión mayor, trastornos de ansiedad, trastornos alimentarios, bulimia nerviosa, trastorno generalizado del desarrollo, trastornos psicóticos, trastorno bipolar y trastorno obsesivo compulsivo.

**Resultados:** Se han observado 55 menores acosadores (32.4%). Según el sexo, 22 son varones (40%) y 31 mujeres (60%) ( $p=0.683$ ). 52 de los menores son de nacionalidad española (94.5%) y 3 son extranjeros (5.5%) ( $p=0.277$ ). Los diagnósticos más asociados a ser acosador son el trastorno negativista desafiante, el trastorno de conducta, el trastorno psicótico o trastorno bipolar, y en segundo término el grupo de trastornos de ansiedad y los trastornos de conducta alimentaria. Los pacientes acosadores no muestran diferencias significativas en depresión y ansiedad, respecto al resto de pacientes. Las formas de acoso más usadas en los acosadores son la exclusión social y la agresión verbal.

## Descripción de los factores pre y perinatales en una muestra de adolescentes con trastorno de conducta alimentaria

**GUTIÉRREZ PRIEGO SILVIA; FAYA BARRIOS M<sup>a</sup> MAR; MOYANO GONZÁLEZ ALEJANDRO; SANZ BENAVIDES LORENA; SANTANO URBINA VANESA; GRAELL BERNA MONTSERRAT; MORANDÉ LAVÍN GONZALO.** Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

**Introducción:** cada vez es mayor la influencia de los factores pre y perinatales en el desencadenamiento de enfermedades psíquicas en la infancia, incluidos los trastornos alimentarios. Estos factores tienen que ver con el neurodesarrollo y con el origen de la psicopatología cognitiva de los trastornos de conducta alimentaria (TCA).

La hipoxia cerebral en el feto, repercute en su desarrollo general incluido el neurológico. Además la nutrición inadecuada en la gestación y período postnatal, repercute en la regulación y funcionamiento del sistema hipotálamo-hipofisario y en el apetito (sistemas de leptinas, grelinas).

**Objetivos:** se describen los factores del desarrollo psicobiográfico: desde la concepción hasta el período postnatal inmediato: hábitos tóxicos de la madre durante la gestación, enfermedades de la gestación, incremento de peso de la madre durante la gestación, enfermedades neonatales, prematuridad, dificultades en la succión y alimentación al nacer... De una muestra de pacientes ambulatorias.

**Material y Método:** la muestra la forman 80 adolescentes de 12-18 años, con diagnóstico de Trastorno de



Conducta Alimentaria según DSM-IV, los datos psicobiográficos se obtienen de la historia clínica estructurada, entrevistas con los padres, además de los resultados de las encuestas elaboradas para tal fin, contestadas por los padres.

**Resultados:** el 92% de los embarazos eran deseados y planificados, el 25% de las madres subieron de peso de 6-10 kilos, el 15% subieron > 15 kilos, 70% de los partos son a término, un 10% fueron pretérminos, 12% postérmino y un 5% de partos fueron inducidos. Sólo el 28% presentaron sufrimiento fetal. El 2.6% de los embarazos presentaron Crecimiento Intrauterino Retardado (CIR) y el 10% fueron bajo peso al nacer. El 22% de las madres sufrieron depresión posparto. El 12% no tuvieron lactancia materna, el 17% la tuvieron < 2 meses y el 50% la tuvieron de 2-6 meses.

**Conclusiones:** los factores pre y perinatales recogidos en la historia clínica tienen repercusiones en el desarrollo y complicaciones en la crianza de las adolescentes desde los primeros momentos del desarrollo. La hipoxia, el CIR y bajo peso al nacer son factores de mayor riesgo para desarrollar un deterioro en el neurodesarrollo de los lóbulos frontales y desarrollo de las funciones ejecutivas como son la de planificación, flexibilidad cognitiva y capacidad de abstracción, elementos que se ven deteriorados en los trastornos de la conducta alimentaria.

## Trastornos de ansiedad y trastornos de alimentación

FAYA BARRIOS MAR; BARRERA SALAS I; SANZ BENAVIDES L; SANTANO URBINA V; CORTES ALCOCER D; VILLACAÑAS MORA P; GRAELL BERNA M; MORANDÉ LAVÍN G. Hospital Niño Jesús de Madrid

**Introducción:** La ansiedad aparece siempre presente en los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA). Además de ser un indicador de alto riesgo para desarrollarlos, resulta a veces difícil discernir si forma parte de la clínica específica de estos Trastornos o si bien es una patología comórbida. Una vez establecida la sintomatología alimentaria, la ansiedad aparece formando parte de la misma, es el caso de Fobias específicas ( a ganar peso, a determinados alimentos) y como entidad nosológica propia, no es infrecuente encontrar, Ansiedad de Separación, Trastornos de Ansiedad Generalizada, Crisis de ansiedad y otras Fobias (entre ellas Fobia Social).

**Objetivo:** Intentar analizar las diversas formas de presentación de los Trastornos de ansiedad entre los distintos subtipos de TCA: Anorexia Nerviosa Restrictiva (ANR), Anorexia Nerviosa Purgativa (ANP), y Bulimia Nerviosa (BN).

**Material y Métodos:** Estudio de 70 adolescentes entre 12 y 18 años diagnosticados de TCA sobre los que se analizan la ansiedad de diversas formas a) Criterios DSM IV-TR y CIE-10 para la distintas formas de Trastornos de Ansiedad b) Pruebas Psicométricas: STAIC ( ansiedad rasgo / ansiedad estado ); SCL; CASI-N (ansiedad de separación); SAD (ansiedad social).

**Resultados:** Los diversos tipos de Trastornos de Ansiedad son muy comunes en estos adolescentes y está estrechamente ligado a la psicopatología específica. Los distintos subgrupos de trastornos alimentarios pueden tener relaciones diferenciales entre los diversos Trastornos de Ansiedad. La Ansiedad estado aumentó significativamente ( $p < .05$ ) en un 32.5% respecto a la ansiedad rasgo 21% en el momento de la evaluación. La Ansiedad de Separación apareció de manera significativa durante la Hospitalización. La fobia social estuvo presente en un 10% de los pacientes. Los Trastornos de Ansiedad necesitan de una evaluación diagnóstica cuidadosa en estos pacientes lo que repercutirá en el abordaje del tratamiento.

## Prevalencia y características de adolescentes con patología psiquiátrica que han sido acosados en el ámbito escolar

ANDRÉS PERPIÑA SUSANA; BONDIA MONTSERRAT; GARCÍA BERTA; NOGUERA ANA; ROSA MIREIA; TORO JOSEPH. Hospital Clínico y Provincial de Barcelona

**Introducción:** El acoso escolar (bullying) en la población general cada vez es más frecuente y sus consecuencias pueden llegar a ser muy graves, por lo que tanto la detección como la intervención precoz son de interés creciente. La población psiquiátrica puede ser especialmente vulnerable a este tipo de problemas, aunque no existen estudios en nuestro entorno.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de adolescentes con patología psiquiátrica que padecen "bullying". Estudiar las características demográficas y clínicas de los





48 menores víctimas de acoso escolar y la frecuencia de los diversos tipos de acoso.

**Métodos:** Se ha realizado un estudio de tipo transversal con 170 pacientes (66 varones y 102 mujeres) atendidos en el Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil del Hospital Clínic de Barcelona mediante un cuestionario autoaplicado. También se aplicaron cuestionarios de depresión (CDI) y ansiedad (CETA). Se han incluido pacientes de edades comprendidas entre los 12 y 16 años, con los siguientes diagnósticos: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno negativista desafiante, depresión mayor, trastornos de ansiedad, trastornos alimentarios, bulimia nerviosa, trastorno generalizado del desarrollo, trastornos psicóticos, trastorno bipolar y trastorno obsesivo compulsivo.

**Resultados:** 58 menores se han considerado acosados en el último año (34%). Según el sexo, 21 son varones (36%) y 35 mujeres (64%) ( $p=0.738$ ). De los 58 menores, 50 son de nacionalidad española (86.2%) y 8 son extranjeros (13.8%) ( $p=0.104$ ). Los diagnósticos más asociados a ser víctima de acoso son el grupo de los trastornos psicóticos y el trastorno bipolar, trastornos generalizados del desarrollo y trastorno por déficit de atención. En relación al resto de pacientes, aquellos considerados acosados muestran mayores puntuaciones en las escalas de depresión y ansiedad. Las formas de acoso más frecuentes son la exclusión social y la agresión verbal.

## Farmacoterapia en pacientes con Trastorno Generalizado del Desarrollo del Área de Jerez

**MORENO CONSUELO L.; LARA RUIZ-GRANADOS I.; AMENÁBAR FIGUEROA M.; FERNÁNDEZ NICOLÁS E.; BRAVO-FERRER ACOSTA A.; GÓMEZ GIL D.M.; DÍAZ-CANEJA GRECIANO M.A.; ESCUDERO CUIVERS N.; PÉREZ COLMENERO S.** Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Área de Gestión Clínica de Salud Mental de Jerez de la Frontera

Actualmente se desconoce un tratamiento que altere el curso de los TGD. La farmacoterapia puede ser útil para controlar conductas que no responden a otras intervenciones, además de usarse para síntomas comórbidos como la ansiedad, las conductas de tipo obsesivo-compulsivo, impulsividad e hiperactividad. Este trabajo propone presentar una visión descriptiva del uso de fármacos

registrado en los pacientes que realizan seguimiento en la actualidad en USMI-J de Jerez con el diagnóstico de Trastorno General del Desarrollo (F84).

### Objetivos:

- Conocer los tratamientos farmacológicos en los TGD en nuestra Área de Gestión Clínica.
- Diseñar y aplicar medidas correctoras en caso de encontrar deficiencias.

**Método:** Estudio observacional descriptivo transversal. Se incluyen todos los pacientes diagnosticados de Trastorno Generalizado del Desarrollo (F84) en cualquiera de sus subtipos, en seguimiento en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Jerez de la Frontera. N= 79

**Mediciones:** Revisamos el último tratamiento farmacológico prescrito en las historias clínicas del total de pacientes de la muestra. De los datos obtenidos analizamos el porcentaje de pacientes tratados farmacológicamente así como los fármacos empleados.

**Resultados:** El 51.9% de los pacientes reciben tratamiento farmacológico. De estos:

Risperidona	75.6%
Topiramato	26.8%
Oxcarbacepina	7.2%
Atomoxetina	2.4%
Ac. Valproico	9.7%
Sertralina	2.4%
Metilfenidato	14.6%
Biperideno	2.4%
Pericicacina	2.4%
Olanzapina	7.3%

**Conclusiones:** Los antipsicóticos atípicos han desplazado a los neurolepticos clásicos en el tratamiento del TGD, siendo la risperidona el más utilizado. Frecuentemente se emplean ISRS, antimicóticos, metilfenidato y atomoxetina. Sería conveniente analizar si los diagnósticos comórbidos se relacionan con su prescripción.



## Análisis discriminante de una tipología de personalidad en adolescentes con trastorno por uso de sustancias

MAGALLON NERI E; DÍAZ R.; GOTI J; ASO L.; FORNS M.; CASTRO J.; GUARDIA J. Departamento de Psiquiatría y Psicología Clínica Infantil y Juvenil del Hospital Clínic de Barcelona; CIBERSAM, España. Departamento de Personalidad Evaluación y tratamiento psicológico y Departamento de Metodología y Ciencias del comportamiento, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.

Múltiples tipologías basadas en características de personalidad han sido propuestas en el campo de los trastornos por uso de sustancias (TUS), algunas además proponen clasificaciones basadas en el patrón de consumo o la psicopatología presentada. Sin embargo, en muchos de estos estudios no se han encontrado consistencias regulares.

**Objetivo:** El objetivo de este estudio fue aplicar un análisis discriminante sobre una tipología de personalidad, basada en las diez escalas clínicas del MMPI-A, en una muestra de adolescentes con TUS.

**Método:** Un total de 60 pacientes con TUS ( $M = 15.9$ ,  $DT. = 1.2$  años, 40% hombres) fueron evaluados con el test de personalidad MMPI-A, el CBCL (Child Behavior Checklist) y un inventario de consumo de drogas.

**Resultados:** Sobre una tipología de cuatro clusters, fue sometido un AD, resultando en tres funciones significativas (Función 1-3 Wilks lambda = .119,  $gl = 9$ ,  $\chi^2 = 118,177$ ,  $p < .001$ ; función 2-3 Wilks lambda = .550,  $gl = 4$ ,  $\chi^2 = 33,177$ ,  $p < .001$ ; función 3 Wilks lambda = .930,  $gl = 1$ ,  $\chi^2 = 4,005$ ,  $p = .045$ ) y tres variables predictoras (Depresión, Psicastenia y Desviación psicopática), con una tasa promedio de clasificación correcta del 90%.

**Conclusión:** La identificación de este tipo de variables, podría ser un primer paso en la clasificación de pacientes con TUS, para la asignación de diferentes estrategias clínicas dentro de su tratamiento.

## Estudio de calorimetría indirecta en adolescentes con Anorexia Nerviosa 49

FAYA BARRIOS MAR; MADRUGA ACERETE DIANA; CODESAL JULIÁN ROSANA; MOYANO GONZÁLEZ ALEJANDRA; GRAELL BERNA MONTSERRAT; MORANDÉ LAVÍN GONZALO. Hospital Niño Jesús (Madrid)

Ajustar el soporte nutricional en adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA), es un aspecto fundamental en el tratamiento nutricional, si bien la reposición de nutrientes debe hacerse de forma progresiva para evitar la aparición del síndrome de realimentación.

### Objetivo:

1. Conocer en adolescentes con Anorexia Nerviosa (AN) el gasto energético en reposo (GER) mediante Calorimetría Indirecta (CI)
2. Evaluar comparativamente los métodos para determinar el GER :medición por CI y cálculo por ecuaciones teóricas predictivas

**Material y métodos:** 60 adolescentes, edad media  $15,64 \pm 1,67$  años, diagnosticadas de AN restrictiva (criterios DSM-IV) Antropometría: IMC media  $16,35 \pm 1,89$ , Z score  $-1,57 \pm 0,77$ , pliegue tricípital Z score  $-1,19 \pm 0,71$ , circunferencia media del brazo Z score  $-0,80 \pm 0,76$ , porcentaje del peso ideal:  $82,56 \pm 10\%$ . Se evalúa el GER antes de iniciar el soporte nutricional se comparan ambos métodos: ecuaciones predictivas (FAO-OMS.Harris - Benedict, Shofield y ecuación de Schebendach) y CI con calorímetro de circuito abierto (Deltatrac II MBM-200) Se calculo el índice metabólico (diferencia entre consumo energético estimado y el teórico calculado) que se expresa en porcentaje. Estudio estadístico mediante SPSS 11.0 (T-student y correlación de Pearson).

**Resultados:** El GER estimado por CI fue de  $1000 \pm 142$  kcal/día. El cociente respiratorio (RQ) obtenido fue  $0,95 \pm 0,14$ . El GER calculado se expreso como porcentaje del GER estimado por CI para cada fórmula predictiva: FAO-OMS:  $77,75 \pm 10,30\%$ , Harris-Benedict:  $76,3 \pm 9,60\%$ , Shofield:  $75,22 \pm 9,65$ . Shebendach:  $103 \pm 18$ . Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el GER medido y el estimado por las ecuaciones predictivas ( $p < 0,001$ ) excepto para la ecuación de Shebendach. No hubo correlación significativa entre el GER estimado por CI y calculado por las ecuaciones a excepción del calculado con la fórmula FAO-OMS (C. Pearson =  $0,415$   $p < 0,05$ ).



**50 Conclusiones:** Las pacientes con AN presentan un estado de hipometabolismo, mostrando la calorimetría un patrón específico y fundamental para ajustar el soporte nutricional. El RQ indica el tipo de sustrato que consume el paciente. La ecuación de Shebendach es la más útil para estimar el GER en adolescentes.

## Variables psicoevolutivas como posibles factores de vulnerabilidad en Trastornos Alimentarios

**BARRERA SALAS ISABEL; FAYA BARRIOS MAR; SAIZ PÉREZ ILIA; CODESAL JULIÁN ROSANA; MOYANO GONZÁLEZ ALEJANDRA; MORANDÉ LAVÍN GONZALO.** Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

**Introducción:** Cada vez se da mayor importancia al estudio de factores de vulnerabilidad que pueden influir en la aparición de trastornos de alimentación. Hay que considerar dentro de ellos los perinatales como factores de riesgo, tal y como ponen de manifiesto estudios actuales.

**Objetivo:** Analizar variables psicoevolutivas como factores de vulnerabilidad en adolescentes con TCA ingresadas en el Hospital Niño Jesús.

**Método:** 40 adolescentes con diagnóstico TCA (criterios DSM-IV) ingresadas durante 2009 en la Unidad de Hospitalización de Trastornos de Alimentación de Adolescentes. Estudio descriptivo-retrospectivo basado en cuestionarios semi-estructurados analizando características sociodemográficas de la muestra, subtipos diagnósticos de TCA y variables psicoevolutivas.

**Resultados:** Diagnósticos TCA: Anorexia nerviosa restrictiva 62,5% / Anorexia nerviosa purgativa 22,5% / Bulimia nerviosa 7,5% / TCA no especificado 2,5%. Algunos datos de interés: 75% familia estructurada de nivel socioeconómico medio (60%). En un 15% existieron complicaciones en el embarazo (HTA, Diabetes, Amenaza de Aborto...) y en un 25% en el parto (con sufrimiento fetal).

**Conclusiones:** No hemos hallado factores perinatales ni postnatales significativos en esta muestra a diferencia con otros estudios en los que se citan infecciones, traumatismos, convulsiones o edad madura de la madre sí encontrando con una frecuencia significativa el factor bajo peso al nacer.

## Análisis de la demanda en un Servicio de Salud Mental Infantojuvenil

**SERRANO DROZDOWSKYJ, E; MARTÍN CALVO M.J.; PÉREZ MORENO R.; DROZDOWSKYJ PALACIOS A.; SÁNCHEZ PICAZO F.; JIMÉNEZ C.; GARCÍA LÓPEZ R.; OTERO PÉREZ J.** CSM Collado-Villalba. Hospital Puerta de Hierro Majadahonda

**Objetivos:** La impresión compartida por algunos profesionales en los últimos tiempos es de una gran heterogeneidad en los motivos de las derivaciones a Salud Mental infanto-juvenil, muchas veces problemas propios de otros ámbitos, como el social, educativo o incluso legal. Decidimos analizar la demanda y las características individuales y familiares de los pacientes nuevos que son derivados a este Servicio de Salud Mental.

**Método:** Se selecciona una muestra de pacientes nuevos menores de 18 años que han acudido consecutivamente entre los meses de septiembre de 2009 a diciembre de 2009 al Servicio de Salud Mental. Se elabora una ficha de recogida de datos donde además de los datos sociodemográficos se recogen otros clínicos, incluido motivo de consulta/diagnóstico de sospecha, origen de la demanda, antecedentes, factores de riesgo, estructura familiar y nivel formativo de los padres, antecedentes familiares y diagnóstico psiquiátrico.

**Resultados:** El número total de la muestra fue de 80 pacientes, igual porcentaje de hombres que mujeres. La edad media fue de 8,96 años, la mediana 9, rango de 3 a 17 años. El 70% de los pacientes tenían entre 5 y 10 años. El 17,5% eran inmigrantes. El nivel de estudios de los progenitores se distribuye uniformemente entre las tres categorías. El motivo de consulta en un 22,5% de los casos: fue sospecha o diagnóstico de TDAH, alteración de conducta 26,25%, trastorno de las emociones 22,50%, manifestaciones somáticas 22,50%, alteración del aprendizaje 2,50%, sociológico y tics 1,25%. El 13,8% de los derivados no presentaban patología psiquiátrica y el 30% abandonaron el seguimiento antes del diagnóstico definitivo.

**Conclusiones:** Existe una amplia variedad de motivos de consulta entre los pacientes derivados a Salud Mental infantil siendo necesario un análisis de la demanda para el abordaje eficaz y rentable de las distintas problemáticas.



## Trastornos del vínculo; personalidad y trastornos del comportamiento alimentario

FAYA BARRIOS M.; MARTÍNEZ CANTARERO C.; PAOLINI RAMOS E.; PARDO SANCHÍS B.; SANZ BENAVIDES L.; SANTANO URBINA V.; CORTES ALCOCER D.; VILLACAÑAS MORA P.; VILLASEÑOR MONTARROSO Á.; GRAELL BERNA M.; MORANDÉ LAVÍN G. Hospital Niño Jesús (Madrid)

**Introducción:** El estilo de apego ansioso se ha relacionado en numerosas ocasiones con los Trastornos de Alimentación. Según las pautas de apego (Seguro / Ansioso Resistente / Ansioso Evitativo) el niño irá conformando unos patrones conductuales y emocionales durante el desarrollo que irán conformando rasgos de personalidad determinados.

**Objetivos:** Observar si entre los distintos subtipos alimentarios se mantienen las mismas relaciones vinculares, y en qué medida influyen los rasgos de personalidad. El estilo de apego, los rasgos de personalidad y la sintomatología alimentaria serán objeto de nuestro estudio.

**Material y Métodos:** Se procedió al estudio sobre una muestra aleatoria de 50 adolescentes (12-18 años) con diagnóstico de T.C.A., incluimos factores obtenidos del relato de los padres (con las limitaciones respecto al recuerdo que pueden tener) y completados con datos de la historia clínica que creemos de interés en cuanto al apego: lactancia materna, crianza, separación del niño de sus progenitores..., temperamentales/caracteriales, del niño, de la madre y de ambos. Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, y CIE-10, la clasificación de M. Ainsworth de los tipos de Apego así como distintas pruebas psicométricas STAIC / MMPI/ CASI-N son utilizadas.

**Resultados:** Crianza fácil 84% / difícil 5 % / niño enfermizo 10.5%; Sueño Dificultades del sueño 26 %; Comida Inapetente 15% Apetito voraz 2% Lactancia materna 12% No /17% menos de 2 meses/50% 2-6meses; Crianza difícil 12%; Separación del niño de sus progenitores 17.7%; Depresión postparto 28%.

**Conclusiones:** El apego ansioso evitativo se daría más en pacientes con Anorexia Nerviosa Restrictiva que presentan a su vez rasgos de personalidad evitativos. El apego resistente, en el que está presente un grado mayor de incertidumbre en Anorexia Nerviosa Purgativa y Bulimia Nerviosa relacionándose con rasgos de persona-

lidad de tipo límite. De todas formas parece que la gravedad del trastorno influiría más que el tipo clínico.

## Comorbilidad entre trastornos generalizados del desarrollo y trastorno de la actividad y de la atención. Un estudio retrospectivo

SÁNCHEZ CABALLERO, RAHUEL; AVANESI MOLINA, ELMA; HERNÁNDEZ OTERO, ISABEL; VILLANUEVA CALVERO, ESTHER; CALZADO LUENGO, JOSEFA. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J)- Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

**Introducción :** El trastorno por déficit de atención con Hiperactividad (TDAH, F.90 CIE-10) es el trastorno mas frecuente en población infanto-juvenil (3-7%). Según la clasificación europea de enfermedades mentales (CIE-10) la comorbilidad diagnóstica de Trastornos de la actividad y de la atención (F.90) y de Trastornos generalizados del desarrollo (F.84) no tendría validez. No obstante, existen estudios que demuestran que hasta un 70% de pacientes con diagnóstico de Trastornos generalizados del desarrollo presentan sintomatología compatible con TDAH.

**Objetivos :** El objetivo de este estudio es determinar qué porcentaje de pacientes con diagnóstico actual de Trastorno generalizado del desarrollo en nuestra Unidad presenta sintomatología compatible con Trastorno de la Actividad y de la Atención, y reciben tratamiento farmacológico para dichos síntomas.

**Material y Métodos :** Se evaluó de manera retrospectiva a todos los pacientes que, teniendo un diagnóstico de Trastorno generalizado del desarrollo, estaban recibiendo tratamiento con metilfenidato o atomoxetina, fármacos con indicación en nuestro país para el control sintomático del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Se administró a los pacientes que estaban recibiendo uno de estos tratamientos la escala TDAH-IV (ADHD-RS), la escala de Conners para padres, la escala de Conners para profesores y el cuestionario de Capacidades y dificultades (SDQ). La información fue recogida de manera retrospectiva, indicando a los padres que contestaran los ítems en función de los síntomas que presentaban los pacientes antes de recibir el tratamiento farmacológico.



**52 Resultados :** Un total de 138 pacientes tomaron parte en el estudio. Se encontraron proporciones elevadas de sintomatología compatible con TDAH de acuerdo a los cuestionarios utilizados, que fueron posteriormente apoyados mediante entrevista clínica.

**Conclusiones:** El diagnóstico dimensional permite un mejor ajuste de los tratamientos farmacológicos a los pacientes en función de sus necesidades, así como la posibilidad de establecer diagnósticos comórbidos que limitan la mejoría clínica de los pacientes y el abordaje psicoterapéutico y conductual específico con los mismos.

## 25 Aniversario de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Toledo: del inicio al momento actual

ANA ISABEL YAGÜE ALONSO; NÚÑEZ SÁNCHEZ MARÍA ASUNCIÓN; ESPADA LARGO MANUEL; GONZÁLEZ-CARPIO GRACIA; GRANADA JIMÉNEZ OLVIDO; LÓPEZ BARCIENCE ANA ISABEL; LÓPEZ GONZÁLEZ JOSÉ LUÍS; MANZANO BALSERA BELINDA; TORRES GÓMEZ-HIDALGO LAURA.  
Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil Toledo (Servicio Psiquiatría Complejo Hospitalario de Toledo)

Los cambios políticos en los años 80 y 90 supusieron fenómenos que afectaron a la asistencia en Salud Mental Infanto-Juvenil con la transferencia de las competencias en Salud Mental a las comunidades autónomas.

En la Comunidad de Castilla La Mancha, el Decreto 53/1985 del 16 de abril supone la conversión de los Centros de Diagnóstico y Orientación Terapéutica en la infancia (encargados más de la valoración de la discapacidad que de la atención) en Unidades de Atención a la Salud Mental Infantil y Juvenil quedando incluidas dentro del Sistema General de Atención a la Salud cuyas directrices de funcionamiento quedan recogidas en la Orden del 15 de octubre de 1985 del DOCM del 22-10-1985.

A partir de entonces se inicia un proceso de recogida rigurosa de información sobre el funcionamiento de las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil en CCLM.

**Objetivos y Método:** Describir los cambios más significativos de la actividad asistencial de la USMIJ de Toledo recogidos en las memorias anuales de la actividad desde su inicio hasta el momento actual: características

físicas, recursos humanos, actividad asistencial, métodos de autoevaluación, registro de diagnósticos, consensos sobre documentos de evaluación clínica y de intervención, actividades y material divulgativo.

**Resultados y Conclusiones:** La atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil ha tenido un desarrollo privilegiado en la Comunidad de Castilla La Mancha en un intento de homogeneizar criterios de atención y reflexionar sobre las carencias y necesidades de mejora. La documentación disponible permite realizar una recogida retrospectiva minuciosa sobre la evolución de la atención, los cambios en la demanda y presentación de la patología, en los modelos teóricos de los profesionales y reflexionar sobre nuestra realidad actual. Se pone de manifiesto la importancia de concienciar a las clases políticas para promover el desarrollo de leyes que obliguen al cumplimiento de las exigencias de una especialización en la atención a la Salud Mental en este grupo de edad.

## Validez del diagnóstico clínico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en las derivaciones de Atención Primaria a Salud Mental

PÉREZ MORENO R.; MARTÍN CALVO M.J.; SERRANO DROZDOWSKYJ E.; SÁNCHEZ PICAZO F.; DROZDOWSKYJ PALACIOS A.; JIMÉNEZ GARCÍA C.; GARCÍA LÓPEZ R.; OTERO PÉREZ J. CSM Collado-Villalba. Hospital Puerta de Hierro Majadahonda

**Objetivos:** La sintomatología relacionada con problemas de atención, hiperactividad y/o impulsividad en la infancia genera un gran número de consultas tanto en Atención Primaria como en Atención especializada para descartar un Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Tratamos de estudiar cuántos de esos diagnósticos de sospecha son luego confirmados por el médico especialista en Psiquiatría.

**Métodos:** Se selecciona una muestra de pacientes nuevos con edades comprendidas entre 0 y 18 años que han acudido consecutivamente a una primera consulta en este Servicio de Salud Mental entre septiembre de 2009 y diciembre de 2009. Se elabora una ficha de recogida de datos donde, además de los datos sociodemográficos, se recogen otros clínicos, incluido motivo de consulta/diag-



nóstico de sospecha, origen de la demanda, antecedentes, factores de riesgo, estructura familiar y, posteriormente, el diagnóstico definitivo tras el proceso de evaluación en Salud Mental. Éste incluye las consultas psiquiátricas además recogida de datos de otras fuentes y, en menores de 12 años, una primera entrevista estructurada por enfermera entrenada.

**Resultados:** Como resultados preliminares tenemos que el tamaño de la muestra fue de 80 pacientes, de los cuales 18 fueron derivados por sospecha de TDAH, 14 como único motivo de consulta y 4 de ellos junto a otras alteraciones, y 61 por otros motivos. Del grupo de 18, se confirmó el diagnóstico en 5 pacientes y 3 de ellos cumplían criterios pero no en su totalidad (TDAH no especificado). En 3 de los pacientes derivados por otros motivos se realizó el diagnóstico de TDAH.

**Conclusiones:** El TDAH es un trastorno prevalente que en muchos casos puede ser diagnosticado y tratado en Atención Primaria y en otros, casos más graves o complicados, puede precisar la evaluación por médico especialista para mayor precisión diagnóstica.

## Arte y locura en la adolescencia: relación difícil y complicada

J.L. PEDREIRA MASSA; S. GUTIÉRREZ; A. PÉREZ; P. LARRAURI; I. BARRERA; I. SAIZ. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

**Introducción:** La dimensión y producción artística interesa mucho en el campo de la psicopatología, las relaciones entre locura y arte han sido objeto de estudio desde diversas perspectivas.

**Objetivo:** Aportar un caso peculiar en la forma de presentación y expresión clínica en la adolescencia y revisar la bibliografía al respecto.

**Material y métodos:** Se presenta un caso clínico complicado y complejo. Se utiliza el diario escrito por ella, sus producciones artísticas realizadas durante el ingreso y otras aportadas por la propia paciente.

**Discusión y conclusiones:** El caso aportado nos sitúa ante la posición de aceptar la discusión entre los límites de lo normal y lo patológico y los límites de los cuadros psicóticos en la adolescencia, sobre todo cuando aparecen datos concretos que podrían hacernos dudar entre la locura o la productividad artística: ¿es arte? ¿es locura? El caso da para pensar e incluso para debatir y dudar.

## Crisis conversivas en la hospitalización paidopsiquiátrica

J.L. PEDREIRA MASSA; A. PÉREZ; S. GUTIÉRREZ; I. BARRERA; I. SAIZ; P. LARRAURI. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

**Material y Método:** Del total de caso que cumple criterios de clínica conversiva y que han ingresado en la UHB del Hospital Niño Jesús de Madrid, se analiza la historia clínica de un caso particular y se compara con el conjunto de casos recogidos, se hace con diferentes variables tales como género, edad, número de orden en la fratría, forma de presentación, características clínicas, pruebas complementarias realizadas...

**Resultados y Conclusión:** La mayoría de las formas de presentación fueron como clínica neurológica, en el caso que nos ocupa fue de imposibilidad en la marcha. Habían tenido varios diagnósticos clínicos previos a su ingreso definitivo en la UHB. La gran mayoría fueron dados de alta sin ningún tratamiento farmacológico especial, remitiéndose para tratamiento psicoterapéutico a su Centro de Salud Mental correspondiente. Nos parece una buena oportunidad para volver a revisar y analizar los trastornos conversivos (¿Histeria?) de forma más detenida y profunda en niños y adolescentes.

## Psicoterapia de grupo con figuras parentales en los trastornos mentales de la primera infancia

J.L. PEDREIRA MASSA; S. GUTIÉRREZ; A. PÉREZ; P. LARRAURI; I. BARRERA; I. SAIZ. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

**Introducción:** El trabajo con las familias en los trastornos mentales de la infancia alcanza un punto álgido cuando se trata de abordar los trastornos mentales en la primera infancia. En esta precoz etapa del desarrollo infantil las interacciones obtienen un impacto fundamental y trabajar con las figuras parentales es uno de los objetivos claves.

**Material y métodos:** El grupo de figuras parentales proviene de las figuras parentales de los niños que acuden al Hospital de Día de primera infancia (3-6 años). La



54 periodicidad del grupo es semanal, con una duración de 1h 30min. Se constituye como grupo abierto y la técnica empleada es mixta: psicoeducación (similar a la descrita por Faloon) y de grupo operativo (Pichon Rivière y Bauleo).

**Resultado y discusión:** Mayoritariamente la figura parental que acude es la figura materna. La asistencia es total a prácticamente todas las sesiones, existiendo apenas ninguna ausencia en cada una de las sesiones y ningún abandono. Su grado de participación resulta elevado, pasando de lo particular a lo general con facilidad, lo que permite las señalizaciones de forma constructiva. A lo largo del proceso se advierte el incremento de la capacidad de introspección, así como la de compartir sus ansiedades.

**Conclusiones:** En los servicios públicos la intervención grupal hace que se gane en eficiencia y eficacia a la hora del abordaje de los trastornos de la primera infancia. La técnica grupal empleada favorece la participación de los integrantes grupales y el propio trabajo grupal. La escasa asistencia de figuras paternas continúa siendo una característica difícil de abordar.

## Proyecto de mejora de calidad asistencial: especialista interconsultor con Atención Primaria

J.L. PEDREIRA(1); A. MIQUEL(2) ; L. MARTÍN(3). 1 (Psiquiatría Infantil. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid). 2 (Médico de Familia. Subdirectora General Atención Primaria. Comunidad de Madrid). 3 (Pediatra Atención Primaria. Prof. Salud Pública UNED)

**Introducción:** Uno de los puntos débiles del sistema sanitario español es la escasa relación entre Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE), por lo que las acciones en este campo están definidas como una opción clara de mejora de la calidad asistencial de nuestra organización. La Comunidad de Madrid ha iniciado un proyecto de mejora global en este sentido: Especialista Interconsultor (EIC) con AP.

**Objetivos:** Mejorar la relación y comunicación entre AP y AE. Asegurar la continuidad asistencial entre AE y AP. Elaborar guías de práctica clínica conjuntas.

### Metodología

*Clientes:* 52 Médicos especialistas en Pediatría de

Atención Primaria del Área 2 de Madrid.

**Instrumentos de calidad:** Ciclo PDCA y de Palmer, diagramas de flujo, grupos focales con técnica de tormenta de ideas y encuestas de opinión.

**Registro:** Programa Excel con datos de identificación de la demanda y la respuesta optada.

**Comunicación:** Mail específico para EIC, número de teléfono para EIC y reuniones presenciales mensuales EIC-Pediatras de AP.

**Evaluación:** Cuantitativa por medio de indicadores cuantitativos diseñados y cualitativa referidos los indicadores a la actividad desarrollada.

**Resultados:** Se duplicaron las reuniones presenciales, por ser preferidas por dos tercios de los pediatras participantes, con una participación media del 75-80%. La técnica empleada fue la de psiquiatría de enlace, aplicada a la infancia. Se incrementó la vía mail para las supervisiones de los casos presentados. Los casos presentados se seleccionaron por los pediatras de AP según los temas surgidos en los grupos focales por tormenta de ideas. Más de un tercio de estos casos fueron asumidos por los propios pediatras de AP con la supervisión establecida, con lo que se evitaba derivaciones por temas “menores”. Los temas tratados fueron diversos: trastornos del comportamiento, TDAH, celos entre hermanos, el duelo normal y patológico, divorcio parental, adopciones, delegación parental en otras figuras, depresiones infantiles, ansiedad de separación, trastornos del sueño y aún resta por abordar seis temas más. Al cabo de un año el 30% de las consultas dudosas fueron asumidas por los pediatras de atención primaria con la supervisión por parte del EIC y se ha iniciado interconsultas entre algunos pediatras y el EIC para abordar casos especiales (p.e. suicidio de la figura paterna, VIH en figura parental).

**Conclusiones:** Mejorar la relación entre AP y AE requiere de programas y proyectos de mejora de la calidad asistencial que sean activos y participativos. Utilizar instrumentos de calidad facilita la evaluación de estos programas. Se demuestra que la técnica de psiquiatría de enlace es bien aceptada por los profesionales. Con un adecuado análisis de caso y la pertinente supervisión los pediatras de AP podrían asumir al menos un tercio de las posibles derivaciones a AE de casos variados. Se precisa la continuidad del programa para que la evaluación alcance resultados más consistentes.



## ¿Psicosis desorganizada o hebefrenia en la adolescencia?

J.L. PEDREIRA MASSA; S. GUTIÉRREZ; A. PÉREZ; I. BARRERA; I. SÁIZ; P. LARRAURI. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

**Introducción:** Las psicosis en la infancia y la adolescencia son un campo poco explorado y escasamente contrastado clínicamente con ejemplos clínicos. Se aplican los criterios diagnósticos de la edad adulta y no siempre se corresponden con la clínica que encontramos. Un caso actual es el concepto de psicosis desorganizada y la desaparición de la hebefrenia.

**Objetivo:** Debatir acerca de los criterios diagnósticos de los trastornos psicóticos en la adolescencia.

**Material y métodos:** Se presenta un caso clínico cuya forma clínica de presentación fue compleja: aparentaba un cuadro de psicosis simple de la infancia y la adolescencia, pero la evolución fue aportando síntomas y signos de gran complejidad y desorganización mental.

**Discusión y conclusiones:** En la actualidad parece emerger el concepto de “psicosis única”, sobre todo en la infancia y la adolescencia. Este caso nos sitúa ante este concepto con el emerger y una presentación precoz del trastorno hebefrénico que, a nuestro parecer, es más adecuado que el de psicosis desorganizada, al menos en estas etapas de la adolescencia. Revisamos el concepto desde la perspectiva histórica, fenomenológica, psicopatológica y clínica, en relación al caso que nos ocupa. Una vez más debemos concluir en la inadecuación de los sistemas de clasificación actuales para los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia.

## Temas de interés de las figuras maternas acerca de los trastornos mentales en la primera infancia

J.L. PEDREIRA MASSA; S. GUTIÉRREZ; A. PÉREZ; P. LARRAURI; I. BARRERA; I. SAIZ. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

**Introducción:** El trabajo grupal con las figuras maternas en los trastornos de la primera infancia nos acerca de

forma fundamental a la calidad de las interacciones madre-bebé. Esa calidad se consigue en la exteriorización y verbalización acerca de los puntos de interés que tienen las familias acerca de su hijo, pero también del porvenir de su hijo en concreto. La técnica que empleamos en nuestro abordaje grupal creemos que ha facilitado en gran medida la verbalización de estos puntos de interés y permite que el trabajo grupal adquiera una dimensión preventiva de gran relevancia.

**Material y métodos:** El grupo de figuras maternas proviene de las madres de los niños que acuden al Hospital de Día de primera infancia (3-6 años). La periodicidad del grupo es semanal, con una duración de 1h 30min. Se constituye como grupo abierto y la técnica empleada es mixta: psicoeducación (similar a la descrita por Faloon) y de grupo operativo (Pichon Riviére y Bauleo). La primera sesión se realiza con la técnica de “tormenta de ideas” para seleccionar los temas de interés en el aquí y ahora grupal, en dicha sesión se ordenan los temas y se prioriza la secuencia de abordar los temas, dichos temas son expuestos al grupo por la madre que ha sugerido el tema en la fase de tormenta de ideas.

**Resultado y discusión:** La continuidad está asegurada, pues su asistencia es total a prácticamente todas las sesiones, existiendo casi ninguna ausencia en cada una de las sesiones y ningún abandono. No es extraño que tras ser dado de alta el niño del Hospital de Día la figura materna solicite continuar asistiendo al grupo de madres, de forma habitual se acepta su permanencia en el grupo. Su grado de participación resulta elevado y su preparación del tema es variado, transmitiendo con facilidad su comprensión del problema y la ansiedad que les genera. Temas como el porvenir/pronóstico, la actitud de los demás niños y mayores ante el problema de su hijo, la posibilidad de comunicarse con sus hijos y la capacidad de comprensión de éstos, la salida al “parque” adquieren un máximo de relevancia, junto con todos y cada uno de los síntomas de su proceso.

**Conclusiones:** Abordar estos problemas con esta técnica permite tratar los temas relevantes de importancia para cada agrupamiento que se realiza y, por lo tanto, ADQUIEREN una dimensión preventiva de gran relevancia. Es desde esta dimensión preventiva que se puede abordar, con posterioridad, la forma concreta de intervenir en cada caso en concreto.





56

## Gestión por procesos en Salud Mental Infantil: la primera infancia, ejemplo a seguir

J.L. PEDREIRA MASSA; M<sup>a</sup> J. BUCETA. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Facultad Psicología, Universidad de Santiago

**Introducción:** La organización y funcionamiento de los servicios sanitarios se ha modificado en los últimos años y exige una orientación, cada vez mayor, hacia el usuario. Esta orientación se denomina: política de gestión de calidad. La forma de desarrollarla es por medio de la gestión por procesos y en esa gestión creemos que podemos ser pioneros en salud mental infantil.

**Objetivo:** Desarrollar un modelo de gestión por procesos aplicado a la atención de la primera infancia, en concreto a la integración de los servicios de atención temprana en el proceso de atención a la salud mental de la primera infancia.

**Material y métodos:** Se analiza el proceso de atención a los trastornos mentales de la primera infancia bajo los criterios del modelo de calidad EFQM.

**Discusión y conclusiones:** Se precisa un desarrollo claro del proceso conociendo claramente los criterios de y la metodología de calidad asistencial lo que comporta formación en calidad y sistema de registro adecuado para poder ser evaluado. La gestión por procesos y la gestión del proceso tiene unas claves y contenidos que se desarrollan aplicados al tema de la primera infancia y a la atención temprana.

## Psicopatología asociada al TDAH en niños en edad escolar

ORTIZ GUERRA, JJ; VENTOSA CARBONERO, V; TORRES GIMÉNEZ, A; SERRANO TRONCOSO, E; ALDA DÍEZ, JA. Servicio de Psiquiatría y Psicología, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona

**Objetivo:** Describir la comorbilidad de los pacientes que fueron derivados a una unidad especializada en TDAH. Métodos: Participantes. Niños de 6 a 16 años

evaluados durante el año 2008 con entrevista clínica semiestructurada que cumplieron criterios DSM-IV-TR para TDAH y además tenían un Pc=98 en las sub-escalas Inatención o Hiperactividad/Impulsividad de la ADHD Rating Scale-IV de padres o profesores. Instrumentos: CBCL, TRF y YSR. Resultados: 94 niños (M=73, F=21) de 6 a 17 años (m=10,92; DE=2,7) fueron incluidos. 69% cumplieron criterios para el tipo combinado, 27% para el tipo inatento, 4% para el tipo hiperactivo-impulsivo. No encontramos diferencias estadísticamente significativas por género para los tipos combinado e inatento, tampoco hubo diferencias de edad entre los diferentes tipos de TDAH.

Tabla 1. Comorbilidad de acuerdo al informante.

	AD	RD	QS	PS	PP	CAN	CA
PadreCBCL	30,4 %	17,4%	19,6%	25%	20,7%	18,5%	35,9%
Prof. TRF	20,7%	11,5%	8%	31%	14,9%	18,4%	34,5%
Joven YSR	5,6%	13,9%	5,6%	11,1%	8,3%	2,8%	19,4%

Tabla 2. Comorbilidad por tipo de TDAH

	AD	RD	QS	PS	PP	CAN	CA
PADRES							
Combinado	29,2 %	12,3%	16,9%	27,7%	21,5%	24,6%	46,2%
Inatento	30,4%	30,4%	26,1%	21,7%	13%	4,3%	4,3%
PROFES							
Combinado	18,3 %	5%	10%	35%	20%	26,7 %	46,2%
Inatento	30,4%	30,4%	4,3%	26,1%	4,3%	0%	4,3%
JÓVENES							
Combinado	4,3 %	8,7%	8,7%	13%	13%	4,3%	30,4%
Inatento	9,1%	27,3%	0%	9,1%	0%	0%	0%

AD: Ansioso-depresivo. RD: Retraído-depresivo. QS: Quejas somáticas. PS: Prob. sociales. PP: Prob. pensamiento. CAN: Comp. antinormativo. CA: Comp. agresivo

**Conclusiones:** La comorbilidad más frecuente es el comportamiento agresivo, y es más alta en el tipo combinado (46%). Le siguen en frecuencia los síndromes ansioso-depresivos y problemas sociales. El comportamiento antinormativo es mucho más frecuente en el tipo combinado. El tipo inatento presenta más problemas interiorizados que el tipo combinado.



## TDAH e hiperlaxitud articular en la infancia y trastornos por comorbilidad (trastorno de pánico, fibromialgia y obesidad por atracón) en mujeres adultas

**F. REYERO PANTIGOSO; G. PONCE; J. HOENICKA; G. DUQUE; D. TABOADA; T. PALOMO. Hospital Doce de Octubre, Madrid.**

**Objetivo:** Indagar en la asociación entre fibromialgia, obesidad por atracón y trastornos de pánico en mujeres adultas con antecedentes personales de TDAH e hiperlaxitud articular.

**Método:** En el marco de un estudio clínico y genético sobre familias con algún miembro afectado de TDAH se evalúan en mujeres adultas los antecedentes personales psíquicos mediante entrevista por psiquiatra y cuestionario autoinformado WURS, así como la salud somática actual, por reumatólogo o cirujanos de digestivo.

**Resultados:** En 201 afectadas de fibromialgia y en grupo control de 198 se ha encontrado asociación con TDAH en la infancia (32,3% vs 2,35%) y la diferencia significativa, sobre todo para los factores 1 (síntomas emocionales) y 4 (déficit de atención), pero no para el de hiperactividad-impulsividad. De 105 mujeres con obesidad en expectativa de intervención quirúrgica, el subgrupo de 72 afectadas de bulimia por atracón frente a las otras 33 se ha encontrado diferencia significativa con TDAH, impulsividad y trastornos de conducta en la infancia del primer grupo. En 269 mujeres con antecedentes de TDAH en la infancia aparece un 21% de Trastorno de Pánico de adultas, en tanto que en 310 no-TDAH sólo el 20,6%. En ambos grupos de TP hay sobre-representación que Hiperlaxitud Articular (OR=32,12,  $p=0,030$  en TDAH, OR=1,81,  $p=0,040$  en no-TDAH).

**Conclusiones:** El TDAH en la infancia de mujeres parece relacionado en la edad adulta con vulnerabilidad a fibromialgia y obesidad por atracón, así como cuando está asociado a Hiperlaxitud Articular, con Trastorno de Pánico. La información retrospectiva puede ser una vía de indagación en la heterogeneidad del TDAH.

## Antecedentes infantiles de temperamento y carácter en adolescentes con Trastorno Alimentario

**GONZALO MORANDÉ; BELÉN PARDO; VANESA SANTANO; LORENA SANZ. Unidad de TCA. Sección de Psiquiatría y Psicología. Hospital del Niño Jesús. Madrid**

**Introducción:** El recuerdo de los padres de la infancia de sus hijos es un testimonio valioso. Está teñido de emociones y olvidos cuando el adolescente enferma de un TCA. Con ello la organización de la personalidad se pone a prueba y sufre un quiebre. El tratamiento tiene un doble objetivo, que vuelva a ser el mismo y su desarrollo le lleve a ser un adulto. Es necesario detenerse en aquello con lo que se nace y se hereda, el temperamento y lo que se desarrolla en la experiencia compartida, el carácter.

**Material y Métodos:** Se administra una encuesta diseñada para esta investigación sobre neuro-desarrollo. Se aplica a padres de 39 pacientes TCA, ingresados, y en tratamiento ambulatorio. Se da relevancia a rasgos temperamentales (alimentación; sueño; organización; llanto y comunicación; consuelo; curiosidad, alegría, sociabilidad, inquietud), a los que se agregan: aptitud para la crianza; persistencia; ritmo de desarrollo; aceptación de límites; capacidad de separarse; de saber lo que quiere; de evitar peligros; de defenderse; de jugar sólo y con otros niños.

**Resultados:** Son recordados como alegres, sociables y fáciles de criar. Pese a que una parte de ellos tuvieron un trastorno alimentario de la infancia 15% o dificultades para ser alimentados 33%. A ello se suma que no dormían bien. Les costaba separarse de sus padres e incorporarse a la guardería. Inseguros de su aspecto físico y vulnerables a los comentarios hostiles. Les costaba defenderse. Sin embargo, eran precoces y autónomos, aprendían con rapidez, apreciados por sus profesores, autoexigentes y con gran tenacidad. Una minoría eran recordados como gorditos.

**Discusión y Conclusiones:** Los padres tienden inicialmente a idealizar la infancia de sus hijos. Al participar en el tratamiento aportan más datos evolutivos que permiten un mejor entendimiento del hijo, su relación y la enfermedad.



## 58 Programa de intervención individualizada (P.I.T.) en un grupo de adolescentes en un Hospital de Día de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil

**GUERRA ALEGRE T; GAVIRA CEJUDO MJ.; MARTÍNEZ SERNA O; ANDRADES LADRÓN MC.; RODRÍGUEZ MENÉNDEZ N. USMIJ/HD Algeciras (Cádiz)**

### Objetivos

- Fomentar las habilidades sociales.
- Realizar intervención terapéutica que incorpore diferentes abordajes integrales para niños con trastornos emocionales severos, que están integrados en sus centros escolares correspondientes.
- Abordar la patología emocional severa intentando en la medida de lo posible no separar al niño o adolescente de su medio escolar, social y familiar, para propiciar su relación con el mismo.
- Dotar a los pacientes y a sus familiares de estrategias de afrontamiento que les permita resolver sus problemas actuales y prevenir y/o reducir problemas posteriores y promover un funcionamiento individual, familiar, escolar y social adaptativo.

**Métodos:** Grupo formado por siete niños, presentan problemas en su interacción con los otros, bien por exceso o bien por defecto. Son pacientes con trastornos del comportamiento perturbador, trastornos del espectro autista con un nivel de funcionamiento aceptable, etc. La periodicidad será de una sesión semanal, con una duración de 4 horas. Las patologías:

- Niño de 11 años. F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- Niño de 11 años. F92.8 Trastorno Disocial y de las emociones mixto.
- Niña de 12 años. F84.9 TGD no especificado.
- Niño de 12 años. F84.9 TGD no especificado.
- Niña de 13 años. F31.6 Trastorno Bipolar, Episodio actual mixto.
- Niño de 13 años. F84.9 TGD no especificado.
- Niño de 15 años. F20.39 Esquizofrenia indiferenciada.

1º Programa individualizado de tratamiento

2º Objetivos

3º Programa de Intervención

- Psicomotricidad
- Estudio o apoyo Pedagógico
- Juegos de cohesión de grupo
- Ocio y tiempo libre
- Construyendo Salud: alimentación, medicación, sexualidad
- Habilidades Sociales: solución de problemas, auto-control...

• Autonomía Personal

Tratamiento Farmacológico

El equipo se encuentra formado por: psiquiatras, psicólogas, D.U.Es., auxiliares de enfermería, terapeuta ocupacional, trabajadora social, maestra, auxiliar administrativa.

**Resultados:** El resultado se obtiene con una evaluación continuada, a través de los P.I.T., teniendo en cuenta los siguientes objetivos:

- Autonomía personal: básicas e instrumentales
- Psicomotricidad
- Cuidado de la salud: alimentación, medicación, sexualidad
- Juego de grupo
- Colegio
- Habilidades sociales
- Ocio y tiempo libre
- Familia
- Área social

**Conclusiones:** Gracias al trabajo que se realiza, se obtienen resultados muy beneficiosos:

- Disminución en la sintomatología psiquiátrica
- Desarrollo de las habilidades sociales
- Funcionamiento social mas adaptativo
- Alternativas saludables para la ocupación del tiempo libre
- Integración progresiva en el colegio

## Reflexiones acerca de la intervención multidisciplinar en un caso de Trastorno Generalizado del Desarrollo

**GARCÍA SÁNCHEZ ANA MARÍA; GARCÍA OLIVA RUBÉN ANÍBAL; GONZÁLEZ SANTANA SABRINA. Servicio Canario de Salud**

**Objetivos:** Reflexionar acerca de la importancia fundamental de la coordinación entre los diferentes disposi-



tivos asistenciales (y en algunos casos como el descrito, sociales) que deben intervenir en la valoración y diagnóstico de los Trastornos Generalizados del Desarrollo.

**Métodos:** Se presenta un caso clínico de un niño de 2 años y 6 meses que cumplía criterios para ser diagnosticado de T.G.D. tipo autismo infantil y que formaba parte de una familia con importantes dificultades sociales que condicionaron el diagnóstico diferencial multidisciplinar necesario para confirmar el diagnóstico, ya que no acudían a las citas con los diferentes especialistas.

**Resultados:** Tras más de un año después de que se derivasen a los dispositivos especializados para descartar orgánica, se consiguen realizar las pruebas, que muestran una pérdida auditiva moderada, que finalmente se resuelve mediante intervención quirúrgica. Posteriormente comienza la aparición de lenguaje oral aunque ya antes de la evolución de los déficits.

**Conclusiones:** Pese a la detección precoz del caso, los problemas sociofamiliares imposibilitaron ofrecer al niño una de las principales intervenciones que necesitaba (la intervención en su hipoacusia) para su evolución. En este caso la coordinación entre los dispositivos de atención social y los de atención médica no fue eficaz, lo que redundó en un manejo poco eficiente del caso, que hubiera precisado de una intervención rápida en la hipoacusia para facilitar el desarrollo del lenguaje oral, que apareció cuando se resolvió ésta.

## Repercusión conductual en un caso de esquizofrenia de inicio muy precoz

**DÍAZ FERNÁNDEZ-ALONSO IGNACIO; DÍAZ FERNÁNDEZ-ALONSO IGNACIO; BARBERÁ FONS MARÍA; ALBEROLA LEGORBURO NURIA. Hospital Universitario La Fe (Valencia)**

**Objetivo:** Descripción de un caso clínico de un paciente de 16 años afecto de Esquizofrenia Paranoide de inicio muy precoz.

**Métodos:** Se realizan pruebas complementarias: análisis sanguíneo, pruebas de imagen cerebral y electroencefalograma, que no muestran hallazgos patológicos significativos. Se llevan a cabo sucesivas exploraciones psicopatológicas.

**Resultados:** paciente varón de 16 años sin patología psiquiátrica filiada hasta la fecha, que ingresa en calidad de detenido en sala de psiquiatría de adolescentes tras episodio grave de heteroagresividad. Conductas abandonicas por parte de su familia desde la infancia. Funcionamiento familiar altamente disruptivo. El paciente lleva cuatro años sin salir de su domicilio. El cuadro se inicia aproximadamente a los 8 años con la aparición de alteraciones sensorio-perceptivas de tipo visual. Posteriormente aparecen alucinaciones auditivas en forma de voces dialogantes y en 2ª persona, generalmente de contenido macabro y violento. Asimismo presenta alucinaciones cenestésicas y olfatorias. Se objetiva ideación delirante de vigilancia y control. Describe vivencias de influencia corporal. Importante angustia psicótica derivada de dicha patología. En el contexto de dicha sintomatología, el paciente arremete de forma violenta a una vecina.

**Conclusiones:** El caso clínico descrito pone de manifiesto la importancia de la detección precoz de la sintomatología psicótica y de las consecuencias derivadas de las conductas abandonicas sociofamiliares.



## La importancia de los cuentos tradicionales en la formación de la mente infantil

1

**ANTONIO RODRÍGUEZ ALMODÓVAR. Sevilla.**

Importantes psicólogos, psicoanalistas y pedagogos han puesto de relieve la importancia del cuento en la triple relación de la formación de la mente infantil (entendimiento, memoria, imaginación), la adquisición del lenguaje y la socialización del niño. Así, Piaget destacó la temprana correlación entre símbolo y lenguaje; el propio Freud se refirió en varias ocasiones a la relación del mito con el sueño, el símbolo y la historia de la civilización; Jung desveló sorprendentes huellas de la simbología colectiva en el subconsciente individual; Lacan se ocupó de un cuento popular como El medio pollito; Pincola Estés ha formulado hipótesis sobre la capacidad terapéutica de los cuentos tradicionales en ciertos casos; y así otros.

Para acercarnos a este curioso mundo conviene partir de elementos muy concretos, tales como son los cuentos tradicionales en sus versiones no censuradas; esto es, antes de que la educación burguesa los mutilara, censurara o simplemente silenciara; veremos cómo eran verdaderamente, en toda Europa, las historias campesinas de Cenicienta, Blancanieves, Caperucita, etcétera. Nos acercaremos a un análisis de la estructura interna de los cuentos como formante de una mente bien ordenada (Morin) y trazaremos nuestras propias hipótesis sobre otros aspectos.