

revista de psiquiatría

# infanto-juvenil

Volumen 34 • Número 2 • 2017

S  
U  
M  
A  
R  
I  
O



## CONGRESO DE AEPNyA Integrando Miradas

Castellón de la Plana  
15 al 17 de junio de 2017



Asociación Española de Psiquiatría  
del Niño y el Adolescente





AEPNYA

Asociación Española de Psiquiatría  
del Niño y el Adolescente

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

## COMISIÓN DE PUBLICACIONES

### Director

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

### Secretaría

*Kristian Naenen Hernani*

## COMITÉ EDITORIAL

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

## JUNTA DIRECTIVA DE LA AEPNYA

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

*Vice-presidente: José Ángel Alda*

*Secretario: Carlos Imaz*

*Tesorera: Beatriz Payá*

*Presidenta Comité Científico: Luisa Lázaro*

*Presidente Comité Publicaciones Medios de*

*Comunicación: Belén Rubio*

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

## COMISIÓN DE REDACCIÓN

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

*Luisa Lázaro ... Presidenta*

*Comisión Científica AEPNYA*

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

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

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

### Secretaría de Redacción

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

## PRESIDENTES DE HONOR DE LA AEPNYA

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

### Copyright 2017

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

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

Publicación trimestral  
Administración, suscripciones y publicidad:

**editorial**  
**SELENE**

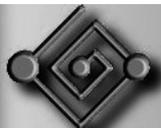
C/Jérez, 21  
28231 Las Rozas (Madrid)  
Tlf.: (91) 6395965  
[www.editorialselene.com](http://www.editorialselene.com)

Depósito legal: M-6161-2015

ISSN:1130-9512

Registrada como comunicación de soporte válido  
30-R-CM

# Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil



AEPNYA

Asociación Española de Psiquiatría  
del Niño y el Adolescente

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

## SUSCRIPCIÓN ANUAL (4 números al año)

### IMPORTE

ESPAÑA ..... 100 €

ESTUDIANTES/MIRES ..... 70 €

EXTRANJERO ..... 190 €

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

### ENVIAR BOLETÍN A:

SELENE Editorial

C/ Jeréz, 21

28231 Las Rozas (Madrid)

Tlf.: 91 6395965

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

### DIRECCIÓN DE ENVÍO

Nombre y apellidos .....

Dirección ..... N° ..... Piso .....

Cód. Postal ..... Población .....

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

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

FORMA DE PAGO:

CHEQUE NOMINATIVO QUE ADJUNTO

DOMICILIACIÓN BANCARIA

.....

### ORDEN DE PAGO, DOMICILIACIÓN BANCARIA

Nombre del titular de la cuenta .....

Banco ..... C/C N° .....

Caja de ahorros ..... C/C N° .....

Sucursal ..... Calle ..... N° .....

Cód. Postal ..... Población .....

Provincia ..... Teléfono .....

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

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

FIRMA DEL TITULAR

INDIQUE CON CLARIDAD SUS DATOS

[www.aepnya-castellon2017.es](http://www.aepnya-castellon2017.es)

#congresoAEPNyACs

61

# CONGRESO DE AEPNyA Integrando Miradas

---

Castellón de la Plana  
15 al 17 de junio de 2017



Como Presidente del Comité Organizador es un orgullo y un honor presentar el 61º Congreso de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Integrand Miradas, que celebraremos en Castellón de la Plana del 15 al 17 de junio de 2017.

En la Organización de un evento de esta envergadura nos hemos implicado todos los profesionales de los equipos de Salud Mental Infantil que atendemos a la población infanto-juvenil en nuestra provincia.

Concedores de la existencia de diferentes miradas desde las cuales aproximarse al sufrimiento de la Infancia y convencidos como estamos de la necesidad de adoptar una actitud integradora de esas formas de mirar, nuestro objetivo y misión es poner en marcha un Congreso en el que el tema central sea la Integración en Salud Mental infanto-juvenil: integración en el trabajo diario entre profesionales; integración entre perspectivas teóricas explicativas de las patologías; integración entre diferentes abordajes terapéuticos; integración entre diferentes agentes sociales implicados en el cuidado de los menores (sociedad, escuela, familia, sistema de protección, justicia...)

Para ello estamos trabajando en la elaboración de un programa científico que cumpla con las expectativas y refleje esta realidad de nuestro día a día. Estamos convencidos de que solo con una mirada integradora y participativa podremos atender a las demandas y necesidades de una población tan vulnerable como la infancia y la adolescencia, tan crucial para el devenir futuro de la Sociedad.

Os invito desde aquí a participar en el Congreso, tanto con el envío de propuestas de trabajos como con vuestra asistencia a nuestra ciudad, donde será un placer poder recibirlos y compartir unos días juntos.

Cordialmente,  
Matias Real López  
Presidente del Comité Organizador

## **PROGRAMA DEFINITIVO**

**Jueves 15 de JUNIO de 2017**

**Desde las 9:00 ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN**

**10:00 – 12:00**

- **TALLER 1**: INTRODUCCIÓN A LA TERAPIA BASADA EN LA MENTALIZACIÓN PARA ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS. TALLER TEÓRICO-PRÁCTICO.

- Paula Laita de Roda. Psiquiatra. Máster en Psicoterapia Integradora. Máster en Psicopatología y Psicoterapia del Niño y el Adolescente, Sepypna. Unidad de Adolescentes del Hospital de Día – CET “Pradera de San Isidro”. Departamento de Psiquiatría, Hospital 12 de Octubre.

- África Serrano Coehlo de Portugal. Psicóloga general sanitaria. Psicoterapeuta (FEAP) Máster en Psicopatología y Psicoterapia del Niño y el Adolescente, Sepypna. Práctica privada.

- **TALLER 2**: LA PRÁCTICA DE LA PAIDOPSIQUIATRÍA PSICOSOMÁTICA: INTEGRANDO LAS MIRADAS DE LA MEDICINA Y LA CIRUGÍA PEDIÁTRICAS CON LA PAIDOPSIQUIATRÍA.

- Xavier Gastaminza Pérez. Psiquiatra. Unidad de Paidopsiquiatría. Hospital Universitari Vall d’Hebron. Universitat Autònoma de Barcelona.

- Óscar Herreros Rodríguez. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil) del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

- Belén Rubio Morell. Psiquiatra. Unidad de Interconsulta y Enlace infanto-Juvenil. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.

- **TALLER 3**: MANEJO CLÍNICO DE LAS AUTOLESIONES NO SUICIDAS EN ADOLESCENTES.

- Joaquim Puntí Vidal. Psicólogo clínico infanto-juvenil. Psicoterapeuta-Supervisor acreditado por la EABCT/EFPA. Coordinador del Hospital de Día de Salud Mental de Adolescentes Parc Taulí de Sabadell (Barcelona). Profesor asociado del Departamento de Psicología clínica y de la Salud de la Universidad Autónoma de Barcelona.

- Rebeca Gracia Liso. Psiquiatra infanto-juvenil. Coordinadora de la Unidad de Hospitalización de Agudos de Psiquiatría infanto-juvenil Parc Taulí de Sabadell (Barcelona).

**12:00-12:30**

Coffee-break/Exposición comercial

**12:30 – 13:00**

- INAUGURACIÓN OFICIAL

**13:00 – 14:00**

- CONFERENCIA INAUGURAL: “EL MÉDICO ANTE EL MUNDO DE LOS DATOS”. Ignacio Hernández Medrano (Neurólogo, Hospital Ramón y Cajal, Madrid).

**14:00 – 15:30**

Comida Cocktail

**A partir de las 15:30**

EXPOSICIÓN DE PÓSTERES

**15:30 – 17:00**

- SIMPOSIO 1: MIRADAS SISTÉMICAS EN LA INTERVENCIÓN CON NIÑOS, ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS.

- Moderadora: Annette Kreuz. Centro de Terapia Familiar “FASE 2”.

PONENCIA 1: “Hijos y padres nacen a la vez. Las circularidades complejas en las familias vistas desde el Enfoque Fásico”. Annette Kreuz.

PONENCIA 2: “Arte o Muerte: Intervención psicoterapéutica con supervivientes de abuso sexual en la infancia y adolescencia”. Irene Aguilar; Esperanza García. Centro de Terapia Familiar “FASE 2”.

PONENCIA 3: “Vinculaciones familiares difíciles: Adolescentes en riesgo” Carmen Casas. Centro de Terapia Familiar “FASE 2”.

- SIMPOSIO 2: EL PAPEL DEL ESTRÉS EN EL DESARROLLO DE LA PSICOSIS.

-Moderadora: Inmaculada Baeza Pertegaz. Psiquiatra consultora, Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil, Hospital Clínic de Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM.

PONENCIA 1: “Riesgo genético de esquizofrenia o trastorno bipolar y estrés en niños y adolescentes”. Elena De la Serna Gómez. Doctora en Psicología, CIBERSAM, Hospital Clínic de Barcelona.

PONENCIA 2: “Acontecimientos vitales estresantes en niños y adolescentes en riesgo de psicosis. Datos preliminares de un estudio longitudinal”. Daniel Muñoz Samons. Psiquiatra, Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, CIBERSAM.

PONENCIA 3: “Marcadores biológicos de estrés en la psicosis”. Inmaculada Baeza Pertegaz.

**15:30 – 17:30**

- TALLER 4: TRASTORNOS DE VINCULACIÓN EN NIÑOS ADOPTADOS: POSIBLE ORIGEN DE OTRAS DIFICULTADES.

- Gemma Ochando Perales. Pediatra. Coordinadora de la Unidad del Niño Internacional. Hospital Universitario y Politécnico La Fe.

- Azucena Díez Suárez. Psiquiatra y pediatra. Profesora Asociada de Psiquiatría en la Universidad de Navarra. Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, Clínica Universidad de Navarra.

**17:10 – 18:10**

CONFERENCIA: EMOCIÓN EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. Luis Rojo Moreno (Catedrático Psiquiatría. Universidad de Valencia. Jefe de la Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil y de TCA. HUIP La Fe. Valencia)

**17:30 – 18:30**

CONFERENCIA: ESTIMULANTES O NO ESTIMULANTES. EN TDAH, ESA ES LA CUESTIÓN. José Martínez-Raga. Psiquiatra. Unidad Docente de Psiquiatría y Psicología Clínica, Hospital Universitario Dr. Peset. Universidad de Valencia & Universidad CEU-UCH, Valencia.

**Viernes 16 de JUNIO de 2017**

**Desde las 9:00**

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

EXPOSICIÓN DE PÓSTERES

**9:00 – 11:00**

- SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES

- Estudio abierto de 2 años de duración de lisdexanfetamina dimesilato en niños y adolescentes con TDAH: resultados de pulso y de tensión arterial
- Adolescentes hospitalizados en psiquiatría y conducta autolesiva en la Comunidad de Madrid: estudio descriptivo
- Mindfulness en la infancia: aplicación de un programa grupal
- Estudio descriptivo de la incidencia de pacientes con autolesiones en la USMI Gran Vía de Castellón durante el año 2016
- Déficit cognitivo en el síndrome de riesgo de psicosis en población infanto-juvenil
- Estudio de la asociación de la gravedad psicopatológica y el perfil de desregulación emocional en una muestra de niños y adolescentes con TDAH
- Protocolos de evaluación en psiquiatría infanto-juvenil comunitaria
- Estabilidad del diagnóstico TEA con la aplicación de los criterios del DSM-5
- Intervención grupal en adicción a los videojuegos online en adolescentes recluidos

- TALLER 5: INTRODUCCIÓN AL TRATAMIENTO DE MENORES CON TRAUMA DE APEGO.

- Paula Baldomir Gago. Psicóloga experta en Psicopatología de la Infancia y la Adolescencia. Experto en Trastornos de la Personalidad y Trauma. Clínico EMDR. Centro INTRA-TP, Instituto de Investigación y Tratamiento del Trauma y los Trastornos de Personalidad.

- Raquel Fernández Domínguez. Educadora Social y Pedagoga. Experto en Trastornos de Personalidad y Trauma. Centro INTRA-TP, Instituto de Investigación y Tratamiento del Trauma y los Trastornos de Personalidad.

- TALLER 6: LA APLICACIÓN DE MINDFULNESS EN UN SERVICIO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA.

- José A. Alda Díez. Psiquiatra. Jefe de sección Servicio de Psiquiatría y Psicología Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona.

- Anna Huguet Miguel. Psicólogo investigador Hospital Sant Joan de Deú. Esplugues de Llobregat Barcelona.

**9:30 – 11:00**

- SIMPOSIO 3: PATOLOGÍA AFECTIVA GRAVE EN LA ADOLESCENCIA: INTEGRANDO MIRADAS ANTE UNA REALIDAD CLÍNICA COMPLEJA.

- Moderadora: María Barberá Fons. Psiquiatra. Unidad Hospitalización Psiquiatría Infanto – Juvenil, HUIP la Fe de Valencia. Universidad de Valencia.

PONENCIA 1: “Patología afectiva grave en la adolescencia: estudio sobre su diagnóstico y tratamiento en hospitalización”. María Barberá Fons; Javier Castelló Gascó. Psiquiatra unidad hospitalización infanto-juvenil Hospital La Fe de Valencia.

PONENCIA 2: “Alteraciones biológicas en el trastorno bipolar de inicio temprano”. Carmen Moreno Ruiz. Psiquiatra, Servicio de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, IISGM, CIBERSAM.

PONENCIA 3: “Estabilidad Diagnóstica del Trastorno bipolar en niños y adolescentes y Diagnóstico diferencial con cuadros afines”. César Soutullo Esperón. Psiquiatra de niños y adolescentes. Unidad de Psiquiatría Infantil. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica Universidad de Navarra.

- SIMPOSIO 14: EMOCIÓN EXPRESADA Y OTRAS VARIABLES FAMILIARES EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA.

- Moderador: Jesús Díaz Rocillo. Psicólogo. Coordinador Hospital de Día Clínica Montreal. Equipo Pediatría Adolescente H. Internacional Ruber.

PONENCIA 1: “Factores familiares de buen y mal pronóstico en adolescentes con trastornos de conducta”. José Luís Sancho Acero. Director Técnico RecUrta-Ginso.

PONENCIA 2: “Emoción expresada familiar en adolescentes con trastornos de conducta”. Gustavo Faus Boronat. Director Asistencial ITA.

PONENCIA 3: “Programa para la reducción de la emoción expresada en adolescentes con trastornos de conducta”. Ana Rodríguez Ruiz. Psicóloga Unidad de Trastornos de Conducta. ITA.

**11:00-11:30**

Coffee-break/Exposición comercial

### **11:30 – 14:00**

#### **- SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES**

- Variables asociadas a conductas autolesivas en adolescentes: un estudio en pacientes del Hospital de Día Infanto-Juvenil de Castellón
- Implementación y evaluación de un taller para la sensibilización y prevención de la violencia de género en la Unidad de Crisis de adolescentes de la Clínica Psiquiátrica Universitaria Institut Pere Mata
- Intervención psicológica en adolescentes que han realizado una tentativa de suicidio: características y resultados
- Sintomatología negativa y trastorno depresivo en una muestra de niños y adolescentes con síndrome de riesgo para la psicosis
- Nuestra visión hacia el cuidado: abordaje por campos de intervención
- Un vídeo-juego de realidad virtual para favorecer conductas de iniciación social en niños con Trastornos del Espectro Autista
- Diseño de un programa de intervención para padres de hijos adolescentes con conductas autolesivas no suicidas
- Test de Atención Selectiva y Sostenida (TASS): Estudio de validez discriminante mediante respuesta al tratamiento con metilfenidato
- Uso de Nuevas Tecnologías en niños/as y adolescentes con y sin rasgos de autismo en un centro de salud mental infanto-juvenil

### **11:30 – 13:30**

#### **- TALLER 7: EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA EN LA PSICOPATOLOGÍA DE LA PRIMERA INFANCIA.**

- Silvia Gutiérrez Priego. Psiquiatra. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid.
- Sonia Álvarez Fernández. Psicóloga especialista en Psicología Clínica. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid.

**11:30 – 13:00**

- SIMPOSIO 4: MINDFULNESS: UNA MIRADA NUEVA EN EL CONTEXTO DE LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL.

- Moderadora: Marta Vicent Huguet. Psicóloga clínica. Unidad de Salud Mental Infantil-2 del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.

PONENCIA 1: “Terapia de compasión basada en los estilos de apego: concepto y eficacia”. Javier García Campayo. Psiquiatra del Hospital Universitario Miguel Servet. Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Zaragoza. Director de Máster en Mindfulness de la Universidad de Zaragoza. Director del Grupo de Investigación “Salud Mental en Atención Primaria”.

PONENCIA 2: “Mindfulness en el tratamiento del TDAH: un estudio piloto”. Ausiàs Cebolla. Profesor ayudante doctor en la Facultad de Psicología de la Universitat de València. Docente e investigador en mindfulness y autor de diversos libros y artículos.

PONENCIA 3: “Desregulación emocional, impulsividad y Mindfulness en TLP”. Joaquim Soler Ribaudí. Psicólogo Clínico de la Unidad de TLP del servicio de Psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. Profesor asociado de la Universidad Autónoma de Barcelona. Terapeuta DBT y MBCT. CIBERSAM.

- SIMPOSIO 5: CURSO LONGITUDINAL DE LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS DURANTE LA ADOLESCENCIA: VARIABLES CLÍNICAS, COGNITIVAS Y DE NEUROIMAGEN EN MUESTRAS CLÍNICAS Y DE RIESGO.

- Moderadora: Gisela Sugranyes Ernest. Psiquiatra, Doctora en Medicina. Especialista en Hospital Clínic de Barcelona y Junior Group Leader en Instituto de Investigación Biomédica August Pi i Sunyer.

PONENCIA 1: “Características clínicas y neuropsicológicas de hijos de pacientes con esquizofrenia o trastorno bipolar: cambios longitudinales e interacción clínica – cognición”. Elena De la Serna Gómez. Doctora en Psicología. Psicóloga de investigación, Hospital Clínic de Barcelona y Centro de Investigación Biomédica en Red.

PONENCIA 2: “Curso longitudinal de la función cognitiva en adolescentes con un primer episodio de psicosis: ¿Estabilidad cognitiva o deterioro?” María Mayoral. Doctora en Psicología. Psicóloga Clínica. Departamento de Psiquiatría del Niño y Adolescente, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Facultad de Medicina, Universidad Complutense, IISGM, CIBERSAM. Madrid.

PONENCIA 3: “Cambios cerebrales longitudinales en niños y adolescentes con primeros episodios psicóticos”. Covadonga M Diaz-Caneja. Psiquiatra.

Departamento de Psiquiatría del Niño y Adolescente, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Facultad de Medicina, Universidad Complutense, IISGM, CIBERSAM. Madrid.

- SIMPOSIO 6: IMPACTO DEL USO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.

- Moderadora: Milagros Fuentes Alberó. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infantil. Paterna (Hospital Arnau de Vilanova Valencia-Lliria).

PONENCIA 1: “Adolescentes hiperconectados a internet: ¿qué pasa con su salud mental?”. Milagros Fuentes Alberó.

PONENCIA 2: “Efectos del uso del móvil en el sueño de escolares españoles”. Ana Rodríguez Varela. Pediatra. Centro de Salud de Bétera (Hospital Arnau de Vilanova-Lliria de Valencia).

PONENCIA 3: “Programa prevtec 3.1 para reducir el abuso de móvil en adolescentes”. Enrique Madrid Tortosa. Psicólogo. Técnico de la Unidad de Prevención Comunitaria en Drogas (UPCCA) del ayuntamiento de Mislata (Valencia)

**13:10 – 14:10**

- CONFERENCIA: EL ENGAGEMENT DE TRABAJO: ¡CUANDO EL TRABAJO TE APORTA FELICIDAD! Marisa Salanova. Catedrática de Psicología Social (Universitat Jaume I de Castelló - UJI). Directora del Equipo de Investigación WANT – Prevención Psicosocial y Organizaciones Saludables.

**14:10 – 15:30**

Comida cocktail

**A partir de las 15:30**

EXPOSICIÓN DE PÓSTERES

**15:30 – 17:00**

- SIMPOSIO 7: MENORES QUE EJERCEN VIOLENCIA FILIO-PARENTAL: CARACTERÍSTICAS Y TRATAMIENTO.

- Moderador: Pablo Mezquita Gurrea. Ldo. En Psicología. Experto Universitario “Criminología”. Especialista en Terapia Cognitivo-Conductual en la Infancia y Adolescencia. Director de Centros y Programas C. Valenciana. Fundación Diagrama.

PONENCIA 1: “Relación entre violencia filio-parental y trastornos de conducta”. Joan Aviñó Isern. Psiquiatra. Máster en Ciencias Forenses y Derecho Sanitario. Experto Universitario en Trastorno Bipolar. Universitat de Barcelona. Psiquiatra CAM de FE Anassim. Psiquiatra Hospital Universitari Sant Joan d’Alacant.

- PONENCIA 2: “Características de los menores sujetos a medidas judiciales que ejercen violencia en el ámbito familiar”. Daniel Martín Gumersindo. Doctor en Psicología por la Universitat Jaume I. Licenciado en Psicología por la Universitat de Valencia. Psicólogo Generalista Sanitario. Máster en Psicología Clínica y de la Salud (2004). Psicólogo en Centro de Reeducción de Menores “Pi Gros”, gestionado por Fundación Diagrama.

- PONENCIA 3: “Programa Escuela de Padres: intervención en violencia filio-parental desde los Centros de ejecución de medidas judiciales”. Cristina Patricia Gil Almenar.

- PONENCIA 4: “Trabajo desde el programa de medidas judiciales en medio abierto. “sin la familia no hay hecho y sin la familia no hay solución”. Inmaculada Gascón Sáez. Licenciada en Psicología. Experto universitario en criminología. Experta en Técnicas Gestálticas. Técnicas gestálticas aplicadas a la infancia y la adolescencia. Máster en Psicología clínica y de la salud. Formación básica en terapia familiar fásica. Coordinadora del Programa de medidas judiciales de menores sujetos a medidas judiciales en medio abierto. Gestionado por Fundación Diagrama.

#### - SIMPOSIO 8: MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN EL SISTEMA EDUCATIVO EN CATALUNYA: TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO

- Moderadora: Montse Pàmias Massana. Psiquiatra. Jefe de Servicio de Psiquiatría Infantil i Juvenil. Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell(Barcelona).Presidenta de la Societat Catalana de Psiquiatria Infanto-Juvenil.Profesora en la Universitat Autònoma de Barcelona y Universitat Internacional de Catalunya.

PONENCIA 1: “Intensidades de soporte en el sistema educativo: Recursos y coordinación”. Rosa Maria Calmet Sangenís. Diplomada en profesorado de educación primària. Licenciada en Ciencias de la Educación. Inspectora d’educació dels Serveis Territorials del Vallès Occidental. (Sabadell). Coordinadora de la àrea de Diversitat i Orientació de la Subdirecció General de la Inspecció Educativa del Departament d’Ensenyament.

PONENCIA 2: “Intervención Psicológica Del Trastorno Del Espectro Del Autismo en Unidades Específicas (USEE) en Centros Educativos Ordinarios”. Eulàlia Piera Pinto. Psicóloga Adjunta del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) del Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell, Barcelona. Coordinadora del Programa

de atención de Salud Mental en las Unidades Específicas (USEE) y Centros de Educación Especial específicas para Trastorno del Espectro del Autismo. Profesora Asociada en el Departamento de Psicología Clínica y de la Salud de la Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona (UAB).

PONENCIA 3: “La atención clínica a los niños con Trastorno Mental Grave en las Aulas Integrales de Soporte (AIS) y las Unidades de Escolarización Intensiva (UEC)”. Núria Reina López. Psicóloga Especialista en Psicología Clínica del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) del Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell, Barcelona. Referente del programa de atención clínica del programa MAPA (Unidad de Escolarización Compartida –UEC- Específica de Trastorno Mental Grave) y de atención al Aula Integral de Soporte (AIS).

- SIMPOSIO 9: INTEGRANDO MIRADAS EN HOSPITALIZACIÓN DE CORTA ESTANCIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES.

- Moderador: Pedro Manuel Ruiz Lázaro. Psiquiatra. Profesor asociado de psiquiatría. Jefe de sección de Psiquiatría del niño y adolescente hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza i+cs.

PONENCIA 1: “Epidemiología y diagnóstico enfermero en la unidad de corta estancia infanto-juvenil de Aragón”. Raquel Laguna Rodrigo. Enfermera salud mental. Master en salud pública. Pedro Manuel Ruiz Lázaro.

PONENCIA 2: “Aportaciones del aula hospitalaria a los alumnos ingresados en la UCE”. Pablo Blanco. Profesor de secundaria atención domiciliaria UCE de psiquiatría Infanto-juvenil hospital clínico universitario Lozano Blesa de Zaragoza; Maite Aranzazu Zapata Usabel. Profesor asociado de psiquiatría. Responsable de hospitalización corta estancia UCE de psiquiatría infanto-juvenil hospital clínico universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

PONENCIA 3: “El trabajador social en la unidad de corta estancia de psiquiatría infanto-juvenil hospital clínico Zaragoza”. Eva Maria Garcés Trullenque. Profesora Asociada Trabajadora Social UCE Hospital Clínico Zaragoza; Nerea López Lázaro. Trabajadora Social Master Trabajo Social en Salud Mental.

PONENCIA 4: “Nuestra experiencia en una unidad de hospitalización de corta estancia infanto-juvenil”. Rebeca Gracia Liso. Coordinadora Planta Hospitalización Psiquiátrica Infantojuvenil. H. Parc Taulí Sabadell; Lorena Marín Alcaraz. Psiquiatra. H. Parc Taulí Sabadell.

**17:10 – 18:40**

- SIMPOSIO 10: PROYECTO INMA (INFANCIA Y MEDIO AMBIENTE): INFLUENCIA DE LOS FACTORES AMBIENTALES Y PSICOSOCIALES EN EL NEURODESARROLLO INFANTIL.

-Moderadora: Marisa Rebagliato Ruso Lcda. y Doctora en Medicina. Especialista en Pediatría. Profesora Titular de la Universitat Jaume I de Castelló, Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Investigadora en la Unidad Mixta de Investigación en Epidemiología, Ambiente y Salud FISABIO - Universitat Jaume I - Universitat de València.

PONENCIA 1: “Exposición prenatal a mercurio en la cohorte INMA: factores asociados y efectos en el desarrollo neuropsicológico infantil”. Sabrina Llop Pérez. Lcda. en Biología y Doctora en Salud Pública. Investigadora Postdoctoral FISABIO-Salud Pública. Unidad Mixta de Investigación en Epidemiología, Ambiente y Salud FISABIO - Universitat Jaume I - Universitat de València.

PONENCIA 2: “Factores sociodemográficos, desarrollo cognitivo y problemas emocionales y de la conducta”. Lúcia González Safont. Diplomada en Magisterio Infantil, Lcda. en Psicopedagogía, Máster en Psicología y Psicopatología Perinatal e Infantil. Investigadora Predoctoral. Unidad Mixta de Investigación en Epidemiología, Ambiente y Salud FISABIO -Universitat Jaume I - Universitat de València.

PONENCIA 3: “Evaluación de los contextos familiares en el Proyecto INMA”. Enrique Arranz Freijo. Lcdo. y Doctor en Psicología. Catedrático de Psicología de la Familia de la Universidad del País Vasco.

**17:10 – 18:10**

- CONFERENCIA: DESORGANIZACIÓN DEL APEGO Y EL TRASTORNO TRAUMÁTICO DEL DESARROLLO (TTD). Rosa J Molero Mañes. Dra en Psicología, Logopeda, experta en intervención terapéutica y orientación y mediación familiar, Clínica y Consultora europea por el comité europeo de EMDR, especialista europea en psicoterapia (Europsy). Profesora asociada de la Universidad de Valencia y en estos momentos Directora General de Infancia y Adolescencia.

**17:10 – 18:00**

- DESPEDIDA DEL Dr PEDREIRA

**18:40-20:00**

Asamblea AEPNyA

**Sábado 17 de JUNIO de 2017**

**A partir de las 9:00**

EXPOSICIÓN DE PÓSTERES

**9:00 – 10:30**

- SIMPOSIO 11: TDAH Y CIENCIA, INTEGRANDO MIRADAS: EVIDENCIAS, CIENCIA Y CREENCIAS.

- Moderador: Xavier Gastaminza Pérez. Psiquiatra. Máster en Psiquiatría de la infancia y de la adolescencia. Unidad de Paidopsiquiatría. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Universitat Autònoma de Barcelona.

PONENCIA 1: “El TDAH, una mirada actual desde la genética”. Óscar Herreros Rodríguez. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

PONENCIA 2: “TDAH: una mirada más allá del control nuclear. “Monitorización neuropsicológica del tratamiento del TDAH”: Eficacia cognitiva del metilfenidato y de la atomoxetina”. Belén Rubio Morell. Psiquiatra. Unidad de Interconsulta y Enlace infanto-Juvenil. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife

PONENCIA 3: “El TDAH bajo la lupa de la ciencia: Limitaciones, pruebas y promesas de la ciencia para el TDAH en niños y adolescentes”. Juan Jairo Ortiz Guerra. Médico Especialista, Unidad de TDAH. Servicio de Psiquiatría de Niños y Adolescentes. Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona.

- SIMPOSIO 12: FACTORES DE COMPLEJIDAD CLÍNICA EN LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES.

- Moderadora: Montserrat Graell Berna. Doctora en Medicina, Psiquiatra. Jefe de Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

PONENCIA 1: “Ejercicio físico en los trastornos de alimentación de niños y adolescentes: síntoma y herramienta de recuperación”. Ángel Villaseñor Montarroso. Psicólogo Clínico. Unidad de Trastornos de Alimentación. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Profesor Asociado de Psicología en Universidad Complutense. Madrid.

PONENCIA 2: “Autolesiones en adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria: características y valor en el curso clínico”. Beatriz Martínez Núñez. Psiquiatra. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

PONENCIA 3: “Temperamento y rasgos anómalos de personalidad en adolescentes con trastornos de alimentación”. Mar Faya Barrios. Doctora en Medicina. Psiquiatra. Unidad de Trastornos de Alimentación. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

PONENCIA 4: “Programa multidimensional de intervención sobre la imagen corporal”. Mónica Godrid García. Psiquiatra. Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.

#### **10:40 – 12:10**

- SIMPOSIO 13: NUEVAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS EN EL ÁMBITO INFANTO-JUVENIL

- Moderador: José A. Alda Díez. Psiquiatra. Jefe de sección Servicio de Psiquiatría y Psicología Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona.

PONENCIA 1: “Aplicación del mindfulness en población infanto-juvenil”. Anna Huguet Miguel. Psicólogo investigador Hospital Sant Joan de Déu. Fundació Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat (Barcelona).

PONENCIA 2: “EMDR: nueva aproximación a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)” Marta Curet Santisteban, Psicóloga clínica adjunta. Hospital de Día de Trastornos de Conducta Alimentaria. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat (Barcelona).

PONENCIA 3: “Yoga para pacientes con TCA”. Jordi Mitjà Costa. Técnico Superior en Documentación Sanitaria, Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico, Graduado en Enfermería, Máster en Enfermería Escolar y Máster en Salud Digital. Enfermero. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat (Barcelona).

#### **10:40 – 11:20**

PRESENTACIÓN LIBRO “Buenas prácticas en la prevención de los TCA”

#### **11:20 – 12:00**

PRESENTACIÓN “Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo en niños y adolescentes”

#### **12:10-12:40**

Coffee-break/Exposición comercial

**12:40 – 13:40** CONFERENCIA DE CLAUSURA: “LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE: UN DESAFÍO PARA LA NUEVA PSIQUIATRÍA”. M<sup>a</sup> Jesús Mardomingo

**13:40** ENTREGA DE PREMIOS Y CLAUSURA

# Jueves 15

Hall-  
Exposición

Paranimf  
Sala Principal

Edificio Consell Social  
Salón Actos

9:00  
9:30  
10:00  
10:30  
11:00  
11:30  
12:00  
12:30  
13:00  
13:30  
14:00  
14:30  
15:00  
15:30  
16:00  
16:30  
17:10  
17:30  
18:00  
18:30  
19:00  
19:30  
20:00

Entrega documentación

Entrega documentación  
Exposición Pósteres

Inauguración Oficial

Conferencia inaugural:  
"El médico ante el mundo  
de los datos"

S1: Miradas sistémicas en la  
intervención con niños,  
adolescentes y sus familias

C2: "Emoción en trastornos  
de la conducta alimentaria"

Co

Comida Cocktail

S2: El papel del estrés en el  
desarrollo de la psicosis

C3: "Estimulantes o no  
estimulantes en TDAH, esa es  
la cuestión"

**Facultad de Ciencias  
Humanas y Sociales**  
Aula Magna HA1012CC

**Facultad de Ciencias  
Humanas y Sociales**  
Aula HA1110AA

**Facultad de Ciencias  
Humanas y Sociales**  
Aula HA1105AA

T1: Introducción a la terapia basada en la mentalización para adolescentes y sus familias. Taller teórico práctico.

T2: La práctica de la paidopsiquiatría psicósomática: Integrando las miradas de la medicina y la cirugía pediátricas con la paidopsiquiatría.

T3: Manejo clínico de las autolesiones no suicidas en adolescentes.

free break /Exposición comercial

T4: Trastornos de vinculación en niños adoptados: posible origen de otras dificultades.

# Viernes 16

## Hall-Exposición

## Paranimf Sala Principal

## Edificio C Saló

9:00	Entrega documentación		
9:30	Exposición Pósteres		
10:00		S3: Patología afectiva grave en la adolescencia: Integrando miradas ante una realidad clínica compleja	S14: Emoción y otras variables en la adolescencia: de conductas
10:30			
11:00		[Yellow bar]	
11:30			
12:00		S4: Mindfulness: Una mirada nueva en el contexto de la salud mental infanto-juvenil	S5: Curso sobre trastornos psicopatológicos en la adolescencia: desde las clínicas, cognición, neuroimagen y clínicas y de
12:30			
13:10			
13:30		C4: "El engagement de trabajo: ¿cuando el trabajo te aporta felicidad!"	
14:00			[Yellow bar]
14:30			Comicio
15:00			
15:30			
16:00		S7: Menores que ejercen violencia filio-parental: características y tratamiento	S8: Modelo de salud mental educativo en el trastorno de autismo
16:30			
17:10			
17:30		C5: "Desorganización del apego y el trastorno traumático del desarrollo"	S10: Proyecto sobre el medio ambiente y los factores psicossociales en el desarrollo infantil
18:00			
18:30			
19:00		Asamblea AEPNyA	
19:30			
20:00			

Consell Social  
en Actos

Facultad de Ciencias  
Humanas y Sociales  
Aula Magna HA1012CC

Facultad de Ciencias  
Humanas y Sociales  
Aula HA1110AA

Facultad de Ciencias  
Humanas y Sociales  
Aula HA1105AA

on expresada y  
les familiares en  
s con trastorno

T5: Introducción al  
tratamiento de menores con  
trauma de apego

T6: La aplicación de  
mindfulness en un servicio de  
salud mental infantojuvenil:  
de la teoría a la práctica

Comunicaciones orales

Coffee break /Exposición comercial

ngitudinal de los  
psicóticos durante  
cia: Variables  
nitivas y de  
n en muestras  
riesgo

S6: Impacto del uso de las  
nuevas tecnologías en niños y  
adolescentes

T7: Evaluación, diagnóstico y  
orientación terapéutica en la  
psicopatología de la primera  
infancia

Comunicaciones orales

la Cocktail

de atención a la  
l en el sistema  
n Catalunya:  
el espectro del

S9: Integrando miradas en  
hospitalización de corta  
estancia de niños y  
adolescentes.

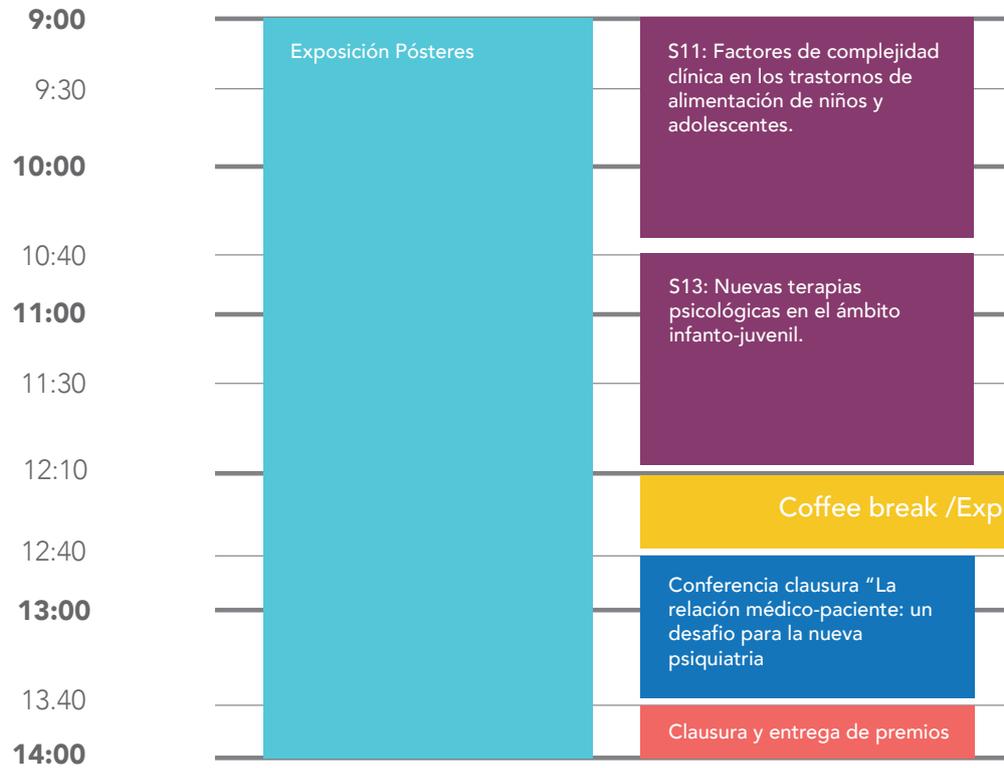
o INMA (infancia y  
ente): Influencia de  
ambientales y  
en el neurodesa-

Despedida Dr. Pedreira

# Sábado 17

## Hall-Exposición

## Paranimf Sala Principal



**Edificio Consell Social**  
Salón Actos

**Facultad de Ciencias  
Humanas y Sociales**  
Aula Magna HA1012CC

**Facultad de Ciencias  
Humanas y Sociales**  
Aula HA1110AA

**Facultad de Ciencias  
Humanas y Sociales**  
Aula HA1105AA

S12: TDAH y ciencia,  
integrando miradas: Evidencias,  
ciencia y creencias.

Presentación libro "Buenas prác-  
ticas en la prevencion de los TCA"

Presentación "Guia de práctica  
clínica sobre el TOC en niños y  
adolescentes"

posición comercial

## CONFERENCIA INAUGURAL

### EL MÉDICO ANTE EL MUNDO DE LOS DATOS

*Ignacio Hernández Medrano.*  
*Neurólogo del Hospital Ramón y Cajal.*

Resulta que al tiempo que la población envejece cada vez más (y por ello tenemos más y más pacientes, hecho que hemos denominado “presión asistencial”), la tecnología sanitaria crece de forma exponencial, por lo que estamos generando una especie de inflación de la ciencia, por la que producimos más conocimiento del que podemos absorber.

La información médica se duplica cada cinco años y hoy sabemos que los profesionales tenemos hasta una duda cada dos pacientes. Este problema se agrava en el caso de especialidades generalistas. Quizás hayan notado que, a diferencia de lo que sucedía en épocas pasadas, hoy ya no tenemos tiempo para mantenernos actualizados. Este hecho explica bien por qué sólo una de cada cinco decisiones médicas están rigurosamente basadas en la evidencia. Este fenómeno tan incómodo, el de la variabilidad, es sin duda uno de los peores enemigos de nuestros pacientes. Es ahí donde los profesionales nos dotamos de una nueva arma para hacer frente a todo este fenómeno, la cual permita agrupar el conocimiento colectivo, haciendo valer a las “mindlines” frente a las “guidelines”: esto es el big data aplicado a sanidad.

Vivimos en una economía de datos. Nuestra vida se está dirigiendo rápidamente a un lugar donde gana relevancia el análisis masivo de gran cantidad de información, gracias al cual los ordenadores pueden ver -y correlacionar- allí donde no ve la mente humana. Se llama big data y ya acumulamos suficientes indicios para reconocer que no se trata de otra moda más, sino más bien una nueva meta tendencia del mundo que viene, de la forma de hacer ciencia para diseñar ese panorama. Una nueva manera de entender el conocimiento, aplicable lo mismo a los mercados financieros -para predecirlos- que a las relaciones sociales -con sofisticados algoritmos para encontrar pareja-,... a todo y, por supuesto, también a salud.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Elenko, E., Underwood, L., & Zohar, D. Defining digital medicine. *Nature Biotechnology*;33(5):456–461.
2. Shaffer, D. W., Kigin, C. M., Kaput, J. J., & Scott Gazelle, G. What is digital medicine? *Studies in Health Technology and Informatics*;80:195–204.
3. Steinberg, D., Horwitz, G., & Zohar, D. Building a business model in digital medicine. *Nature Publishing Group*;33(9):910–920.
4. Topol Eric J., Steinhubl Steven R., T. A. Digital Medical Tools and Sensors. *The Journal of the American Medical Association*;313(4):353–354.
5. Kocher, B. & Roberts, B. Harvard Bus. (Consultado 8 Diciembre 2014). Disponible en: <https://hbr.org/2014/12/why-so-many-tech-companies-are-getting-into-health-care>
6. Chen, C. & Womack, B. Google developing health tracking wristband for health research. (Consultado 23 Junio 2015). Disponible en: <http://www.bloomberg.com/news/articles/2015-06-23/google-developing-health-tracking-wristband-for-health-research>
7. Biopharmaceutical Industry-Sponsored Clinical Trials: Impact on State Economies. Battelle, Columbus, OH, March 2015). (Consultado 1 febrero 2016). Disponible en: <http://www.phrma.org/sites/default/files/pdf/biopharmaceutical-industry-sponsored-clinicaltrials-impact-on-state-economies.pdf> (
8. Tufts Center for the Study of Drug Development. Briefing: cost of developing a new drug. (Consultado 18 noviembre 2014). Disponible en: [http://csdd.tufts.edu/files/uploads/Tufts\\_CSDD\\_briefing\\_on\\_RD\\_cost\\_study\\_Nov\\_18\\_2014..pdf?\\_hstc=261393298.2848554334d37e0371e5a4fb0dfc293b.14388811022081438881102208.1438881102208.1&\\_hssc=261393298.1.1438881102208&\\_hsfp=3664478715](http://csdd.tufts.edu/files/uploads/Tufts_CSDD_briefing_on_RD_cost_study_Nov_18_2014..pdf?_hstc=261393298.2848554334d37e0371e5a4fb0dfc293b.14388811022081438881102208.1438881102208.1&_hssc=261393298.1.1438881102208&_hsfp=3664478715)
9. Bloomberg, J. Digital transformation moves

- pharma ‘beyond the pill’. Forbes. (Consultado 15 de Agosto 2014). Disponible en: [www.bloomberg.com](http://www.bloomberg.com)
10. US Food and Drug Administration. Orphan Drug Act—Excerpts; Public Law 97-414, as amended. FDA. (Consultado 18 Julio 2013). Disponible en: [http://www.fda.gov/RegulatoryInformation/Legislation / SignificantAmendmentstotheFDCAct/ OrphanDrugAct/default.html](http://www.fda.gov/RegulatoryInformation/Legislation/SignificantAmendmentstotheFDCAct/OrphanDrugAct/default.html)
  11. Chen, R., Mias, G. I., Li-Pook-Than, J., Jiang, L., Lam, H. Y. K., Snyder, M. Personal omics profiling reveals dynamic molecular and medical phenotypes. *Cell*;148(6):1293-307.
  12. Press Secretary. Fact sheet: President Obama’s Precision Medicine Initiative (The White House, Office of the Press Secretary. (Consultado 30 Enero 2015). Disponible en: <https://www.whitehouse.gov/the-press-office/2015/01/30/factsheet-president-obama-s-precision-medicine-initiative>
  13. Barr, A. Google’s new moonshot project: the human body. *The Wall Street Journal*. (Consultado 27 Julio 2014). Disponible en: [www.thewallstreetjournal.com](http://www.thewallstreetjournal.com)

## TALLERES

### LA APLICACIÓN DE MINDFULNESS EN UN SERVICIO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

#### PONENTES

COORDINADOR / PONENTE PRINCIPAL: (Alda Díez, Jose A.)

Licenciado en Medicina y Cirugía, especialista en Psiquiatría. Doctor en Medicina y Cirugía.

Jefe de sección Servicio de Psiquiatría y Psicología Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat (Barcelona).

Email: jalda@sjdhospitalbarcelona.org

PONENTE 2: (Huguet Miguel, Anna)

Graduado en Psicología, mención en psicología clínica. Máster Universitario en Psicología General Sanitaria. Doctorando en Psicología.

Psicólogo investigador Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat (Barcelona).

Email: ahuguetm@fsjd.org

Filiación (titulación y/o breve CV, categoría profesional y/o cargo laboral, Centro de trabajo y e-mail de contacto)

#### OBJETIVOS PRÁCTICOS / DOCENTES

1. Conocer los conceptos básicos de mindfulness
2. Conocer ejercicios prácticos de un programa de entrenamiento en mindfulness para niños con TDAH
3. Introducirse en la práctica de mindfulness

#### RESUMEN

Mindfulness significa prestar atención de una forma consciente e intencionada a nuestros pensamientos, emociones y sensaciones corporales con una actitud abierta, curiosa y amable, sin rechazar, juzgar o criticar, simplemente aceptando lo que está ocurriendo en el momento presente aquí y ahora (1). El entrenamiento en mindfulness permite a los adultos y a los niños mejorar su capacidad para mantener la atención y concentración, disminuye la impulsividad, ayuda a calmarse y relajarse, por lo tanto reduce el estrés, nos ayuda a conocernos mejor y a no dejarnos llevar por nuestros pensamientos, emociones y sensaciones, por lo que mejora la calidad de vida (2). Hay un importante interés científico para conocer la eficacia de la práctica de mindfulness en niños y adolescentes con psicopatología. Sin embargo existe escasa literatura que haya estudiado el mindfulness

como estrategia de intervención en niños con TDAH de una forma rigurosa y con alta validez científica. Aun así sugieren la efectividad de este modelo de intervención en los síntomas nucleares, las funciones ejecutivas y los niveles de cortisol (2, 3, 4). En la unidad de TDAH del servicio de psiquiatría y psicología del Hospital Sant Joan de Déu se está llevando a cabo un estudio aleatorizado (casos y controles) con el objetivo de estudiar la influencia de un programa de mindfulness (atención plena), sobre los síntomas nucleares, las funciones ejecutivas y el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA), en niños recientemente diagnosticados de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Durante el taller se presentarán y pondrán en práctica algunos de los ejercicios prácticos realizados con los niños durante las sesiones grupales de mindfulness. Además se presentarán los resultados preliminares obtenidos hasta el momento.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kabat-Zinn J. Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. Clin Psychol sci pr. 2003; 10(2): 144-156.
2. Cairncross M, Miller CJ. (2016). The effectiveness of mindfulness-based therapies for ADHD: a meta-

- analytic review. *J Atten Disord.* 2016; 20(2): 1-17.
3. Meppelink R, de Bruin EI, Bögels SM. Meditation or Medication? Mindfulness training versus medication in the treatment of childhood ADHD: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry.* 2016;16(267):1-16.
  4. Zoogman S, Goldberg S, Hoyt W, Miller L. Mindfulness Interventions with Youth: a meta-analysis. *Mindfulness.* 2015; 6: 290-302.

---

## INTRODUCCIÓN AL TRATAMIENTO DE MENORES CON TRAUMA DE APEGO

### POONENTES

COORDINADOR / PONENTE PRINCIPAL: Baldomir Gago, Paula

Paula Baldomir Gago es psicóloga experta en Psicopatología de la Infancia y la Adolescencia. Experto en Trastornos de la Personalidad y Trauma. Lleva más de 8 años trabajando con niños y adolescentes gravemente traumatizados. Colabora con programas públicos de atención y tratamiento a mujeres y niños víctimas de violencia.

Paula es clínico EMDR y está formada en diversos métodos terapéuticos focalizados en el tratamiento del Trauma y los Trastornos de la Personalidad.

A lo largo de estos años ha impartido numerosos cursos relacionados con el tratamiento del trauma. Varias de estas formaciones impartidas son específicas del ámbito de menores, tanto a maestros como a educadores de centros de protección a la infancia.

Centro INTRA-TP (Instituto de Investigación y Tratamiento del Trauma y los Trastornos de Personalidad)

paulalogpsic@gmail.com

POONENTE 2: Fernández Domínguez, Raquel

Raquel Fernández Domínguez es Educadora Social y Pedagoga. Experto en Trastornos de Personalidad y Trauma. Lleva más de 8 años trabajando con las familias de niños y adolescentes gravemente traumatizados, y tiene experiencia previa de intervención directa con menores tutelados.

A lo largo de estos años ha impartido numerosos cursos relacionados con el tratamiento del trauma. Varias de estas formaciones impartidas son específicas del ámbito de menores, tanto a maestros como a educadores de centros de protección a la infancia.

Centro INTRA-TP (Instituto de Investigación y Tratamiento del Trauma y los Trastornos de Personalidad)

raquelintratp@gmail.com

---

### OBJETIVOS PRÁCTICOS / DOCENTES

1. Conocer el formato de trabajo en INTRA-TP (Instituto de Investigación y Tratamiento del Trauma y los Trastornos de Personalidad), basado en el abordaje en paralelo del paciente y su familia
2. Acercarse a los conceptos básicos relacionados con el tratamiento de los menores con trauma de apego
3. Entender las dificultades de los menores desde una visión más profunda y global, desde la perspectiva de su historia de apego y las experiencias vitales adversas

### RESUMEN

El centro INTRA-TP lleva en funcionamiento desde el año 1998, centrado, principalmente, en el tratamiento de personas con trastornos de personalidad. Creyendo desde un inicio en la necesidad de trabajar más en la prevención de este tipo de patologías, empieza en el año 2008 a especializarse también en el tratamiento de menores que han sufrido trauma.

La experiencia nos ha ido mostrando la influencia de diferentes problemas o traumas de apego en muchas de las dificultades que presentan los menores.

Desde esta perspectiva nuestro abordaje se presenta a través de una estructura de trabajo con tres ejes claros:

Regulación emocional, Autocuidado y Tratamiento del Trauma, que desarrollamos basándonos en la información aportada de diferentes teorías: Teoría del Apego, Teoría del procesamiento adaptativo de la información y la Teoría de la Disociación Estructural de la Personalidad.

Otra de las características de nuestro abordaje, tanto en el tratamiento adulto como en el de menores, la forma habitual de trabajo es la atención paralela del paciente y la familia, en salas separadas y dos terapeutas distintos que comparten la información.

“Cuando los agentes dañinos han sido los padres, estas experiencias recurrentes generadas a diario por el cuidador (actual), podrían continuar reforzando y dando forma a los sistemas neurales del niño. Intentar procesar e integrar estas redes neurales no adaptativas, mientras el cuidador las está reforzando constantemente, podría afectar al resultado de la terapia” (Gómez, Ana M. 2012) Por lo tanto, en el tratamiento de menores entendemos que es indispensable trabajar con la familia, ofreciéndoles psicoeducación que les permita entender las dificultades de su hijo/a y ayudándoles a buscar pautas de actuación más eficaces.

Tras una breve introducción teórica, el taller estará centrado en la visualización de fragmentos de vídeos de terapia que ayuden a ver la aplicación práctica de lo presentado.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Siegel, Daniel J. Tormenta cerebral. Barcelona: Alba Editorial; 2014
2. González, Anabel y Mosquera, Dolores. EMDR y Disociación. El abordaje progresivo. Madrid: Ediciones Pléyades; 2012
3. Siegel, Daniel J. El cerebro del niño. Barcelona: Alba Editorial; 2011
4. Odgen, Pat y Minton, Kekuni, Pain, Clare. El trauma y el cuerpo. Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia. Desclée de Brouwer, 2009.
5. Mosquera, Dolores. Diamantes en Bruto II. Madrid: Ediciones Pléyades; Primera Edición 2004, 2º Edición Revisada 2013
6. Mosquera, Dolores; Ageitos, Laura; Bello, Chus; Pitarch, Sonia. Llenando el vacío: Un espacio para la familia. Madrid: Ediciones Pléyades; 2013

---

## LA PRACTICA DE LA PAIDOPSIQUIATRIA PSICOSOMÁTICA: INTEGRANDO LAS MIRADAS DE LA MEDICINA Y LA CIRUGIA PEDIATRICAS CON LA PAIDOPSIQUIATRIA

### PONENTES

COORDINADOR / PONENTE PRINCIPAL: Gastaminza Pérez, Xavier

Médico especialista en psiquiatría. Master en Psiquiatría de la infancia y de la adolescencia. Facultativo especialista. Paidopsiquiatría psicosomática. Unidad de Paidopsiquiatría. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. Miembro titular de la AEPNYA  
xgastaminza@gmail.com

PONENTE 2: Herreros Rodríguez, Oscar

Médico especialista en Psiquiatría. Facultativo especialista del Área de Psiquiatría (Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil) del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Miembro titular de la AEPNYA y director de la revista PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL.  
oherreros@gmail.com

PONENTE 3: Rubio Morell, Belén

Doctora en Psiquiatría. Especialista en Psiquiatría. Facultativa especialista. Unidad de Interconsulta y Enlace infanto-Juvenil. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife. Miembro titular, vocal y Presidenta de la Comisión de Publicaciones y Medios de comunicación de la AEPNYA  
rubiobelen@gmail.com

---

### **OBJETIVOS PRÁCTICOS / DOCENTES**

1. Presentar un modelo para la práctica de la interconsulta en Paidopsiquiatría
2. Realización práctica, con la presentación de casos clínicos reales, de la interconsulta
3. Desarrollar una habilitación básica para la práctica clínica de la Paidopsiquiatría psicossomática,

### **RESUMEN**

El término psicossomático fue introducido en 1818 por Johann Heinroth y alrededor de 1922, Felix Deutsch introdujo el término Medicina psicossomática. (Lipsitt 2001). Fueron los pioneros estudiando o planteando ya “mente vs cuerpo”, lo psicógeno vs no psicógeno, las interacciones cuerpo- mente. Más adelante se convirtió en una visión holística, recordemos que el modelo biopsicosocial fue propuesto por Engel (Engel 1977)

En la práctica médica habitual nos referimos a la consulta tanto refiriéndonos al lugar físico de la práctica médica como al propio ejercicio médico, como hecho asistencial, o visita médica.

Frente a esto la petición de opinión y criterio de un médico de diferente especialidad se denomina interconsulta. Así el término clásico, de la interconsulta, responde a las demandas de otras especialidades.

El desarrollo de la interconsulta psiquiátrica dio lugar a la llamada Psiquiatría de enlace. La psiquiatría de enlace que busca “enlazar” con el equipo asistencial convirtiéndose, el psiquiatra, en un miembro más del equipo asistencial, participando en la labor del equipo en forma habitual y regular. Esta forma, aunque requiere más recursos, exigencias y motivación, permite una mejor asistencia global, permitiendo, por ejemplo, la detección de la morbilidad y de la comorbilidad psiquiátrica antes y mejor.

Más recientemente todo ello, en un, pensamos, bello reencuentro histórico, ha dado paso a la llamada Medicina Psicossomática que, en nuestro país, con la inicial propuesta de Maxi Lozano y materializado por un grupo de expertos psiquiatras españoles liderados por el Prof. Lobo se ha denominado Psiquiatría Psicossomática.

Así cumpliendo el clásico dicho español de “las vueltas que da la vida” lo inicialmente llamado Psicossomática o Medicina Psicossomática (años 30: estudiando o planteando ya “mente vs cuerpo”, lo psicógeno vs no psicógeno, las interacciones cuerpo- mente y más adelante una visión holística) luego interconsulta, añadiéndose “y enlace”. Hoy es la Psiquiatría psicossomática (reconocida en los EE: UU como una subespecialidad desde el año 2003), y en concreto en nuestra en nuestra especialidad: Paidopsiquiatría psicossomática.

En este Taller, después de una breve introducción a la actualmente denominada Paidopsiquiatría psicossomática, antaño Interconsulta y luego Psiquiatría de enlace, esto es a la atención psiquiátrica integral de niño y del adolescente enfermo médico-quirúrgico, se presentará un modelo operativo para la realización de una interconsulta: de diez pasos, también en forma concreta concisa, para dar paso, en base a la presentación de casos clínicos por los ponentes, a la práctica por los participantes del desarrollo de interconsultas.

En caso de ser de su interés se facilitará a los participantes una copia digital del libro publicado y referenciado a continuación.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Belén Rubio y Xavier Gastaminza (ed.). 2014. Paidopsiquiatría psicossomática. La interconsulta y la psiquiatría de enlace en Pediatría. Selene Editorial. Las Rozas (Madrid)

## INTRODUCCIÓN A LA TERAPIA BASADA EN LA MENTALIZACIÓN PARA ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS. TALLER TEÓRICO-PRÁCTICO

### PONENTES

COORDINADOR / PONENTE PRINCIPAL: Laita de Roda, Paula

Médico especialista en Psiquiatría.

Máster en Psicoterapia Integradora. Máster en Psicopatología y Psicoterapia del Niño y el Adolescente, Sepypna.

Lugar de trabajo:

Unidad de Adolescentes del Hospital de Día – CET “Pradera de San Isidro”. Departamento de Psiquiatría, Hospital 12 de Octubre.

c/ Gorrión 2, 28019 MADRID.

Contacto: paulalaita@yahoo.com

PONENTE 2: Serrano Coehlo de Portugal, África

Psicóloga general sanitaria. Psicoterapeuta (FEAP)

Máster en Psicopatología y Psicoterapia del Niño y el Adolescente, Sepypna.

Práctica privada.

Contacto: africa\_scp@hotmail.com

---

### OBJETIVOS PRÁCTICOS / DOCENTES

1. Introducción teórica básica a la Teoría de la Mentalización y a la Terapia basada en la mentalización.
2. Aplicabilidad del modelo a la práctica clínica.
3. Trabajo en grupo con ejemplos clínicos de familias y adolescentes

### RESUMEN

La Teoría de la Mentalización, y la Terapia Basada en la Mentalización, desarrollada por Fonagy, Bateman y colaboradores en el Anna Freud Centre de Londres desde hace más de 20 años, inicialmente se diseñó para el tratamiento de pacientes adultos con trastornos graves de personalidad, y está cobrando una gran relevancia como modalidad terapéutica para estos pacientes, pues su eficacia ha sido probada empíricamente. En los últimos años la Teoría de la Mentalización ha tenido una amplia difusión internacional, y se están desarrollando modelos específicos de tratamiento para otros grupos de población (familias, adolescentes, trastornos de conducta alimentaria, trastorno disocial, jóvenes en riesgo de exclusión social, trauma y maltrato...), cuyos resultados parecen prometedores.

En este taller, cuyo objetivo es básicamente el de ser una primera toma de contacto con los fundamentos de la teoría y el proceso terapéutico basado en la

mentalización, se presentará una breve introducción teórica sobre el modelo, el origen de la capacidad de la mentalización en la infancia y su posterior desarrollo, describiendo las cualidades de una buena capacidad de mentalización, sus polaridades y características básicas, así como los factores que la favorecen o que por el contrario precipitan el desequilibrio y por tanto la aparición de modos no-mentalizadores de pensamiento, la relación de éstos con la psicopatología y la importancia de poder detectarlos en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Se presentarán dos modalidades de Terapia Basada en la Mentalización (TBM para Familias y para Adolescentes), según las propuestas manualizadas por sus autores, utilizando para ello material clínico y audiovisual, y actividades de role-playing, en un formato de trabajo en grupo que permita discutir conjuntamente las ventajas de este abordaje y poner en práctica algunas de las estrategias propias del modelo.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012 Dec; 51(12):1304-1313.
2. Bateman A, Fonagy P. Tratamiento Basado en la Mentalización para Trastornos de la Personalidad. Una guía práctica. Ed. Desclée De Brouwer. 2016.

## TRASTORNOS DE VINCULACIÓN EN NIÑOS ADOPTADOS: POSIBLE ORIGEN DE OTRAS DIFICULTADES

### PONENTES

COORDINADOR / PONENTE PRINCIPAL: Ochando Perales, Gemma

Centro de trabajo / Hospital: Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Unidad del Niño Internacional.

Título de la intervención: Importancia de la vinculación en niños adoptados.

E-mail: ochando\_gem@gva.es

Teléfono 639307609

Reseña curricular:

Pediatra especialista en Psiquiatría Infantil. Máster en adopción. Coordinadora de la Unidad del Niño Internacional del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.

PONENTE 2: Díez Suárez, Azucena

Ciudad para programa: Pamplona

Centro de trabajo / Hospital: Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, Clínica Universidad de Navarra

Título de intervención: Patología mental del niño adoptado: ¿tienen más riesgo?

E-mail: azucenadiezsuares@yahoo.es

Teléfono: 948296435

Reseña curricular:

Psiquiatra del niño y adolescente y pediatra. Profesora Asociada de Psiquiatría en la Universidad de Navarra. Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, Clínica Universidad de Navarra

### OBJETIVOS PRÁCTICOS / DOCENTES

1. Conocer la importancia del diagnóstico del trastorno del vínculo en niños adoptados.
2. Conocer y familiarizarse con las dificultades o trastornos con los que puede presentar síntomas comunes y conocer sus diferencias.
3. Conocer las recomendaciones que pueden darse desde una consulta para disminuir la incidencia de trastornos del vínculo en adoptados, realizar un diagnóstico temprano y conocer las intervenciones posibles en dichos trastornos.
4. Conocer las patologías mentales más frecuentes en niños adoptados y sus interconexiones con el trastorno del vínculo.

### RESUMEN

El proceso de adopción internacional presentó un incremento entre los años 2000 y 2007. Esos niños que vinieron en adopción se encuentran ahora en plena adolescencia. Las situaciones de adversidad vividas previas a la adopción (antecedente de consumo de tóxicos durante su gestación, negligencia en el cuidado,

institucionalización prolongada o carencia afectiva, entre ellos) puede condicionar la aparición de patologías y dificultades específicas en este colectivo de niños. El psiquiatra infantil, sensible con los temas que afectan a la salud mental de estos niños, debe conocer los efectos de la adversidad vivida en estos niños y su repercusión para la vida adulta de los niños y adolescentes adoptados.

Los trastornos de vinculación suponen una patología prevalente en niños adoptados, especialmente en los procedentes de países del Este. Su diagnóstico es complejo y pueden pasar desapercibidos en la consulta psiquiátrica. Además sus síntomas pueden ser confundidos o enmascarados por otras patologías prevalentes en este colectivo de niños. Su diagnóstico temprano mejora la evolución y facilita su tratamiento, por ello el psiquiatra debe conocer los trastornos del vínculo y sus formas de presentación a fin de establecer un diagnóstico y tratamiento adecuado. Facilitar la tarea de integración de los menores adoptados es una tarea multidisciplinar.

La Unidad del Niño Internacional es una unidad de atención integral al niño adoptado, acogido e inmigrante

puesta en marcha en el año 2008 en el Hospital Universitario y Politécnico La Fe, en Valencia. Es una unidad en la que se realiza una atención tanto física como mental de las dificultades específicas que pueden presentar estos menores. Tras la experiencia de estos años consideramos que es importante dar a conocer a la comunidad científica el trabajo realizado a fin de poder animar a replicar dicha unidad en otros hospitales.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Callejón, L., Boix, C., López, A., Colomé, R., Fumadó, V., & Sans, A. (2012). Perfil neuropsicológico de niños adoptados internacionalmente en Cataluña. *Anales de Pediatría*, 76(1), 23-29.
2. Fernández, A., Erköreka, L., Vivanco, E., Landa, M., Sesma, E., Pérez, L., . . . González, M. A. (2014). Adopción y alteraciones de conducta en la adolescencia. Estudio en población hospitalaria. *Anales de pediatría*, 80 (1), 21-27.
3. García, M. y Mellado, M. J. (2015). Adopción internacional en España: situación actual. *Anales de Pediatría*, 82 (5), 291-292.
4. Juffer, F., Van IJzendoorn, M.H y Palacios, J. (2014). Recuperación de niños y niñas tras su adopción. *Infancia y Aprendizaje*, 34 (1), 3-18.
5. Juffer, F. y Van IJzendoorn, M. H. (2005). Behavior problems and mental health referrals of international adoptees. A meta-analysis. *JAMA*, 293 (20), 2501-2515.
6. Kroupina, M. G., Eckerle, J. K., Fuglestad, A. J., Toemen, L., Moberg, S., Himes, J. H., . . . Johnson, D. E. (2015). Associations between psysical growth and general cognitive functioning in international adoptees from Eastern Europe at 30 months post-arrival. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 7, 36.
7. Ochando, G., Casino, A. M. y Llinares, L. I. (2012). Patología mental del niño internacional adoptado. En M. J. Avilés, y S. Durango, *Guía de actuación para la atención sanitaria del niño internacional* (págs. 115-136). Valencia: Generalitat. Consellería de Sanitat.
8. Ochando, G., Peris, S. P., Millán, M. C. y Loño, J. (2008). Trastornos de conducta en niños adoptados. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 8, 25-32.
9. Rodríguez, M. F. y Morell, J. M. (2012). Introducción: acogimiento y adopción: retos e implicaciones para el futuro. (C. O. Madrid, Ed.) *Clínica y Salud*, 23 (3), 199-204.
10. Rosser, A. (2015). Caracterísiticas y retos de las familias adoptivas en su transición a la parentalidad. *Boletín Científico Sapiens Research*, 5 (2), 13-20.
11. Rueter, M. A., Keyes, M. A., Iacono, W. G. y McGue, M. (2009). Family interactions in adoptive compared to nonadoptive families. *Journal Family Psychology*, 23 (1), 58-66.
12. Sánchez-Sandoval, Y. y Palacios, J. (2012). Problemas emocionales y comportamentales en niños adoptados y no adoptados. *Clínica y Salud*, 23 (3), 221-234.
13. Tozzi, C. y Simon, C. (2009). Effects of History of Adoption in the Emotional Adjustment of Adopted Adolescents. *The Spain Journal of Psychology*, 12 (2), 454-461.
14. Van IJzendoorn, M. H., Juffer, F. y Poelhuis, C. W. (2005). Adoption and cognitive development: a meta-analytic comparison of adopted and nonadopted children's IQ and school performance. *Psychollogy Bulletin*, 131 (2), 301-316.

## MANEJO CLÍNICO DE LAS AUTOLESIONES NO SUICIDAS EN ADOLESCENTES

### PONENTES

COORDINADOR / PONENTE PRINCIPAL: Puntí Vidal, Joaquim

Psicólogo clínico infanto-juvenil. Psicoterapeuta-Supervisor acreditado por la EABCT/EFPA. Coordinador del Hospital de Día de Salud Mental de Adolescentes Parc Taulí de Sabadell (Barcelona). Profesor asociado del Departamento de Psicología clínica y de la Salud de la Universidad Autónoma de Barcelona. e-mail: [jpuntiv@tauli.cat](mailto:jpuntiv@tauli.cat)

PONENTE 2: Gracia Liso, Rebeca

Psiquiatra infanto-juvenil. Coordinadora de la Unidad de Hospitalización de Agudos de Psiquiatría infanto-juvenil Parc Taulí de Sabadell (Barcelona). e-mail: [rgracia@tauli.cat](mailto:rgracia@tauli.cat)

### OBJETIVOS PRÁCTICOS / DOCENTES

1. Enseñar a los asistentes a identificar la funcionalidad y tipología de la conducta autolesiva no suicida (esto es, entender la conducta en el contexto del análisis funcional).
2. Enseñar a los asistentes las estrategias de intervención apropiadas para las conductas autolesivas (principios de modificación de conducta), según sea su funcionalidad.
3. Realizar la puesta en práctica de las estrategias de intervención a partir del análisis/simulación de casos.

### RESUMEN

Las autolesiones no suicidas son conductas autoagresivas actualmente en alza entre los motivos de consulta que se reciben en los servicios de salud mental infantojuveniles y constituyen un problema complejo de abordar desde los tratamientos psicológicos actuales por su variada fenomenología y funcionalidad. Suelen ser motivo de alarma social por su fácil tendencia a generar conductas de imitación entre los iguales, bien por observación directa de éstas, o bien por difusión a través de redes sociales e internet, así como suelen generar gran malestar y preocupación en el entorno familiar del/ de la paciente.

El Hospital de Día de Salud Mental de adolescentes Parc Taulí de Sabadell (Barcelona) implementa desde hace 2 años y en el marco del programa Codi Risc Suïcidi del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, un programa de intervención breve, focalizado y limitado en el tiempo, centrado en el entrenamiento de habilidades interpersonales y la resolución de problemas para las y los adolescentes con conductas autolesivas no suicidas.

Es objetivo de este taller, en primer lugar, profundizar en el conocimiento de estas conductas autolesivas no suicidas adolescentes y, en segundo lugar, a) enseñar a las adolescentes a responder a las mismas con una intervención que sea eficaz y especialmente no iatrogénica, que tenga en cuenta las características de la conducta autolesiva, especialmente su funcionalidad, esto es, la modificación de un estado emocional negativo, búsqueda de atención social positiva o afirmación de la identidad vinculada a subculturas urbanas; y b) enseñar a los padres como responder y enfrentar la conducta autolesiva de un hijo/a que se autolesiona.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Self-harm. 2013. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs34>

## **EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA EN LA PSICOPATOLOGÍA DE LA PRIMERA INFANCIA**

### **PONENTES**

COORDINADOR / PONENTE PRINCIPAL: Gutiérrez Priego, Silvia.

Filiación: Médico especialista en Psiquiatría (ver breve CV en anexo). Diploma de Estudios Avanzados (DEA). Facultativo Especialista de Área. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. silviagutierrezp@salud.madrid.org.

PONENTE 2: Álvarez Fernández, Sonia

Filiación: Psicóloga especialista en Psicología Clínica. Facultativo Especialista de Área. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. sonia7alvarez@gmail.com.

---

### **OBJETIVOS PRÁCTICOS / DOCENTES**

1. Discutir los instrumentos principales para detectar la psicopatología en primera infancia, con especial atención en la historia clínica con observación y exploración sistematizada.
2. Analizar y discutir si: ¿Las clasificaciones psiquiátricas habituales recogen la psicopatología de la primera infancia?, o bien, ¿es la clasificación 0-3 una alternativa?.
3. Proponer el hospital de día de primera infancia como un recurso que permite hacer tanto una observación diagnóstica como una intervención terapéutica integral (paciente, familia, colegio). Discusión de casos clínicos tanto de ponentes como de participantes en el taller.

### **RESUMEN**

La adecuada evaluación, diagnóstico e intervención de la psicopatología de la primera infancia es fundamental para asegurar el desarrollo y prevenir problemas de salud mental de etapas posteriores de la vida. Este trabajo presenta una serie de retos y dificultades derivadas del nivel de desarrollo emocional y cognitivo de los niños en esta etapa.

La psicopatología grave en la primera infancia comprende trastornos del neurodesarrollo y emocionales que comprometen profundamente el desarrollo del niño. El instrumento fundamental del clínico para realizar la evaluación es la historia clínica con una observación-exploración terapéutica del niño y de la interacción niño-cuidador principal adaptada a este periodo de desarrollo,

que incluya todos los factores biopsicosociales y familiares necesarios para la comprensión y establecimiento del diagnóstico. Como informantes y agentes activos tanto en el diagnóstico como en el programa terapéutico se incluye a las familias, maestros y otras personas que puedan estar interviniendo en la vida de los niños.

En las clasificaciones más utilizadas en psiquiatría infanto-juvenil, DSM-5 y CIE-10, no se recoge toda la psicopatología de este periodo del desarrollo, por lo que se ha propuesto emplear la "Clasificación de 0-3" para mejorar la especificidad y sensibilidad del diagnóstico y por consiguiente de la orientación terapéutica.

Para la patología grave de la primera infancia proponemos un programa de tratamiento intensivo en forma de hospital de día, donde se realiza la observación diagnóstica estructurada, el plan de tratamiento individualizado, el trabajo terapéutico con las familias y la coordinación escolar. En nuestro hospital de día, ubicado en un hospital público de la Comunidad de Madrid (Hospital Infantil Universitario Niño Jesús), se lleva tratando a niños con estas patologías y a sus familias desde hace 25 años, realizando asimismo observación y exploración diagnóstica sistematizada cuando el diagnóstico es complejo. En hospital de día se aplican intervenciones terapéuticas individuales, grupales, familiares y de diada padres-hijos, incluyendo modificación de conducta, relajación, autorregulación emocional y habilidades sociales. Las intervenciones terapéuticas se desarrollan en un medio terapéutico cálido y contenedor y mediante las principales herramientas

relacionales y cognitivas de esta etapa del desarrollo: juego, dibujo y lenguaje.

En este taller invitamos a conocer la clínica de la primera infancia, elaborar la historia clínica, el proceso diagnóstico y el plan de tratamiento. Para ello, se expondrán contenidos teóricos -formato escrito y video- y se discutirán casos clínicos presentados tanto por los ponentes como por los participantes en una sesión interactiva.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zero to three. Diagnostic classification: 0-3. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. National Center for Clinical Infant Programs, Arlington, 1998.
2. Zero to three. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and childhood: Revised edition (DC: 0-3R). ZERO TO THREE Press, Washington, DC, 2005.
3. Skovgaard AM, Houmann T, Christiansen E, Landorph S, Jorgensen T, Olsen EM et al. The prevalence of mental health problems in children 1 years of age—the Copenhagen Child Cohort 2000. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007;(48)62–70.
4. Thomas JM, Clark R. Disruptive behavior in the in the very young child: diagnostic Classification 0-3 guides identification of risk factors and relational interventions. *Infant Ment Health J*. 1998;(19)229–244.
5. Ezpeleta Ascaso L y Toro Trallero J. Coord. Psicopatología del desarrollo. Editorial Pirámide, 2014.
6. Greenspan SI. Evaluación clínica de la infancia y la primera niñez. En *Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia*. Wiener JM and Dulcan MK. Masson; 2006. p. 87-101.

## SIMPOSIOS

### NUEVAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS EN EL ÁMBITO INFANTO-JUVENIL

*Moderador: Alda Díez, Jose A.*

*Licenciado en Medicina y Cirugía, especialista en Psiquiatría. Doctor en Medicina y Cirugía.*

*Jefe de sección Servicio de Psiquiatría y Psicología Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat (Barcelona).*

*Email: jalda@sjdhospitalbarcelona.org*

#### Ponencia 1:

#### **“Aplicación del mindfulness en población infanto-juvenil”**

*Huguet Miguel, Anna*

*Graduado en Psicología, mención en psicología clínica. Máster Universitario en Psicología General Sanitaria.*

*Doctorando en Psicología.*

*Psicólogo investigador Hospital Sant Joan de Déu. Fundació Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat (Barcelona)*

#### **RESUMEN**

Las terapias de tercera generación cognitivo conductual se basan en las estrategias del cambio indirecto de la conducta, a través de la aceptación de las propias experiencias internas (cogniciones, emociones, sensaciones) en lugar de la modificación o eliminación de las mismas, encajando en ellas las técnicas del mindfulness (1).

El mindfulness persigue centrarse en el momento presente de manera intencional, de forma activa, curiosa, amigable, siendo capaces de observar las experiencias del momento presente (emociones, sentimientos, cogniciones, impulsos) sin rechazarlas o juzgarlas (2).

El entrenamiento en mindfulness produce múltiples beneficios tanto a nivel intrapersonal como interpersonal. A nivel físico, la relajación que se alcanza genera una disminución de la velocidad del metabolismo, de la presión sanguínea, del ritmo respiratorio y cardíaco. Favorece una menor segregación de cortisol y fortalece el sistema inmunitario. A nivel emocional, produce una mejor identificación y regulación de las emociones, por tanto potencia la autoconciencia, reduce la impulsividad y mejora la relación interpersonal. A nivel cognitivo mejora la memoria, la atención, potenciando el aprendizaje. A nivel clínico reduce la sintomatología característica de los trastornos (5).

Existen múltiples aplicaciones del mindfulness en

niños y adolescentes en contextos educativos y clínicos (3,4).

Se han desarrollado varios programas orientados al contexto escolar considerándose una herramienta útil para educar para la salud, mejorar el rendimiento, disminuir los síntomas de estrés y desarrollar la inteligencia emocional en los niños (6).

Respecto al ámbito clínico en salud mental, la aplicación del mindfulness se inicia en pacientes adultos sin embargo, se encuentra un creciente interés en la aplicación de las técnicas de mindfulness en niños y adolescentes. Encontramos estudios, algunos con limitaciones metodológicas, que sugieren la utilidad de esta intervención en distintas patologías como el trastorno del espectro autista, el trastorno depresivo, los trastornos de ansiedad, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, los trastornos de conducta alimentaria, los trastornos de uso de sustancias y en adolescentes con tendencia límite (3, 7).

Además se encuentran otras aplicaciones del mindfulness estudiadas en población clínica adulta prácticamente en su totalidad como el cáncer, la fatiga crónica, la fibromialgia, las enfermedades cardiovasculares que sugieren buenos resultados que quizá podrían ser positivos también en población infanto-juvenil (7).

En la presente ponencia se realizará una revisión

bibliográfica sobre la aplicación del mindfulness en el ámbito clínico y se expondrán los resultados preliminares de nuestro estudio sobre un programa de entrenamiento en mindfulness en niños con TDAH.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruíz MA, Díaz MI, Villalobos A. Mindfulness. Manual de técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales. Madrid: Desclée de Brouner; 2012.
2. Kabat-Zinn J. Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clin Psychol-sci pr.* 2003; 10(2): 144-156.
3. Burke CA. Mindfulness-based approaches with children and adolescents: a preliminary review of current research in an emergent field. *J Child Fam Stud.* 2010;19: 133. doi:10.1007/s10826-009-9282-x.
4. Thompson M, Gauntlett-Gilbert J. Mindfulness with children and adolescents: effective clinical application. *Clinical Child Psychology and Psychiatry.* 2008; 13(3):395-407.
5. Jauset JA. Meditar te cambia la vida y te rejuvenece. *La revista de psicología positiva, Mente Sana.* 2015; (120):56.
6. Van de Weijer-Bergsma E, Langenberg G, Brandsma R, Oort FJ, Bögels SM. The effectiveness of a school-based mindfulness training as a program to prevent stress in elementary school children. *Mindfulness.* 2014; 5 (3):238-248.
7. Pérez MA, Botella L. Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de psicoterapia.* 2007; 17 (66-67): 77-120.

### Ponencia 2:

#### “EMDR: Nueva aproximación a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)”

*Curet Santisteban, Marta*

*Licenciada en psicología. Psicóloga clínica. Hospital de Día de Trastornos de Conducta Alimentaria. Hospital Sant Joan de Deú. Esplugues de Llobregat (Barcelona).*

### RESUMEN

#### INTRODUCCIÓN

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) es una técnica psicoterapéutica con aplicación en el tratamiento de dificultades emocionales a consecuencia de acontecimientos vitales traumáticos; estando reconocida como terapia eficaz en el tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático. Se basa en la estimulación bilateral visual, auditiva o táctil con el objetivo de procesar la información traumática y reducir el impacto emocional hasta un nivel adaptativo.

En las diferentes Guías de Práctica Clínica se describe la existencia de acontecimientos vitales estresantes como un factor de riesgo en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). A pesar de ello, la bibliografía existente sobre la aplicación de EMDR en TCA es escasa.

#### OBJETIVOS

Se realiza una revisión bibliográfica del uso de la terapia EMDR en TCA y se describe una serie de casos clínicos de pacientes con TCA resistentes en los que se aplica dicha terapia.

#### RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La EMDR ha demostrado ser efectiva, ampliamente utilizada y documentada en el tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático.

Existe controversia en relación a la efectividad de esta terapia en pacientes con un diagnóstico distinto al de Trastorno por Estrés Postraumático.

La revisión bibliográfica y la serie de casos presentados en los que se observa un cambio positivo tras la aplicación de la terapia nos hacen plantearnos la EMDR como una opción de tratamiento a tener en cuenta en los TCA.

Es necesaria la realización de estudios controlados y

con una muestra más amplia de cara a considerar esta terapia como un tratamiento a tener en cuenta en los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Los resultados obtenidos en nuestros pacientes tras un número reducido de sesiones de EMDR tanto en la clínica como en la exploración psicométrica han demostrado que puede ser una técnica complementaria para acelerar el proceso de recuperación en pacientes con algún acontecimiento vital estresante precipitante o mantenedor del trastorno.

Es necesaria la realización de estudios controlados y

con una muestra más amplia de cara a considerar esta terapia como un tratamiento a tener en cuenta en los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Novo Navarro P, et al. 25 años de Eye Movement Desensitization and Reprocessing: protocolo de aplicación, hipótesis de funcionamiento y revisión sistemática de su eficacia en el trastorno por estrés postraumático. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.12.002>

---

### Ponencia 3:

#### “Yoga para pacientes con TCA”

*Mitjà Costa, Jordi*

*Técnico Superior en Documentación Sanitaria, Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico, Graduado en Enfermería, Máster en Enfermería Escolar y Máster en Salud Digital. Enfermero. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat (Barcelona).*

---

## RESUMEN

Los Trastornos de Conducta Alimentaria constituyen un problema de salud emergente que tiene un fuerte impacto en nuestra sociedad. Constituyen la tercera enfermedad crónica más común entre los adolescentes. Su incidencia es significativamente mayor entre el sexo femenino.

El efecto de las intervenciones terapéuticas centradas en el trabajo de la unión cuerpo-mente, como el yoga, en los pacientes con TCA no ha sido estudiado en profundidad. Los estudios disponibles muestran una relación entre estas intervenciones y unos buenos resultados de salud en estos pacientes.

Al realizar una búsqueda bibliográfica, tan solo encontramos 16 artículos científicos de los cuales tan solo 3 son estudios de investigación, y de estos tan solo uno (Carey 2010) estudiaba el efecto del yoga como complemento al tratamiento de pacientes con TCA, los otros 2 se centraban en prevención y en intervenciones comunitarias.

En el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona desde mayo de 2014 se ha puesto en marcha un nuevo dispositivo para pacientes TCA de hospitalización parcial 11 horas. Liderado por las enfermeras, se ha iniciado un taller de Yoga semanal con una duración de 45 minutos para los pacientes TCA.

Una de las ideas de incluir el Yoga como parte del tratamiento para resolver problemas de alimentación fue dar a los pacientes un recurso para concentrar su ansiedad y estrés, aumentar la relajación y que a la vez fuera una forma de ejercicio.

Cuando existe un trastorno de la conducta alimentaria, el equilibrio o unión entre el cuerpo y la mente está alterado. Existe una imagen corporal negativa. Con las sesiones de yoga y utilizando posturas (asanas), se intenta tener conciencia del cuerpo y conectar la respiración al movimiento. Se intenta conectar a la persona con su cuerpo, y de esta manera, comenzar aceptarlo. Al calmar la respiración para calmar la mente, también reducimos la ansiedad y estrés.

Hemos realizado un estudio piloto descriptivo prospectivo durante 10 sesiones de yoga, de 45 minutos, una vez a la semana en la que participaron 17 pacientes que completaron 66 cuestionarios pre y post intervención.

Los resultados de nuestra experiencia piloto muestran que los pacientes con TCA que realizan talleres basados en el yoga como parte de su tratamiento presentan una mejoría significativa en parámetros fisiológicos y conductuales tras la intervención. Esta mejoría es concordante con la bibliografía disponible sobre el efecto del Yoga en este tipo de pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carey TR, Fyfe-Johnson AL, Breuner CC, Brown MA. Randomized controlled clinical trial of yoga in the treatment of eating disorders. *J Adolesc Health*. 2010 Apr;46(4):346-51.
2. Balasubramaniam M, Telles S, Doraiswamy PM. Yoga on our minds: a systematic review of yoga for neuropsychiatric disorders. *Front Psychiatry*. 2013 Jan 25;3:117.
3. Neumark-Sztainer D. Yoga and eating disorders: is there a place for yoga in the prevention and treatment of eating disorders and disordered eating behaviors. *Adv Eat Disord*. 2014 Jul;2(2):136-145. Epub 2013 Dec 11.
4. Klein J, Cook – Cottone C. The effects of yoga on eating disorder symptoms and correlates: a review. *Int J Yoga Therap*. 2013; (23): 41-50.
5. Rigol A, Ugalde M. *Enfermería de salud mental y psiquiátrica*. Elsevier Masson. 2007: 239-258.

## EL PAPEL DEL ESTRÉS EN EL DESARROLLO DE LA PSICOSIS

*Moderador: Baeza Pertegaz, Inmaculada*

*Psiquiatra consultora, Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil, Hospital Clínic de Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM. Email: ibaeza@clinic.ub.es*

Ponencia 1:

### “Riesgo genético de esquizofrenia o trastorno bipolar y estrés en niños y adolescentes”

*De la Serna Gómez, Elena*

*Doctora en Psicología, CIBERSAM, Hospital Clínic de Barcelona*

## RESUMEN

**Objetivos:** comparar el número de acontecimientos vitales estresantes (AV) en un grupo de hijos de pacientes con síntomas psicóticos (padres diagnosticados de esquizofrenia o trastorno bipolar con síntomas psicóticos) y un grupo de controles comunitarios y evaluar la relación entre AV y variables clínicas y cognitivas en ambas muestras.

**Método:** Se evaluaron 87 hijos de pacientes psicóticos (PSI) y 107 controles comunitarios (CC) emparejados por edad, sexo y estatus socio-económico. Todos los sujetos fueron evaluados mediante la entrevista estructurada K-SADS-PL para la valoración de psicopatología, la entrevista SIPS/SOPS para la evaluación de síntomas prodrómicos y la Escala de Acontecimientos Estresantes, Stressful Life Events (SLES). La batería neuropsicológica incluyó los siguientes dominios cognitivos: inteligencia, memoria verbal, memoria visual, atención sostenida y función ejecutiva.

**Resultados:** El grupo PSI mostró porcentajes más altos de psicopatología y mayor número de eventos estresantes que el de CC. Sin embargo, el número de AV no se relacionó con ningún diagnóstico psicopatológico en nuestras muestras. Respecto a la sintomatología psicótica sub-clínica, el grupo PSI mostró puntuaciones más altas en la escala de síntomas prodrómicos que el grupo CC. Se observó una relación entre el número de AV y algunos síntomas prodrómicos (positivos, negativos y generales) en ambos grupos.

En cuanto a las variables cognitivas, el grupo PSI mostró resultados más bajos que el grupo CC en todas las pruebas cognitivas. Un elevado número de AV se relacionó con puntuaciones más bajas en la velocidad de procesamiento en ambas muestras.

**Conclusiones:** Los niños y adolescentes PSI mostraron mayores porcentajes de psicopatología, mayor número de AV y puntuaciones más elevadas en la escala de síntomas prodrómicos. Los resultados a nivel cognitivo mostraron

puntuaciones más bajas en los PSI que en los CC. Se observó una relación entre el número de AV, algunos síntomas prodrómicos y velocidad de procesamiento, tanto en PSI como en CC, lo que podría apoyar la relación entre estrés, psicopatología y algunos déficits cognitivos.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruby E, Polito S, McMahon K, Gorovitz M, Corcoran C, Malaspina D. Pathways Associating Childhood Trauma to the Neurobiology of Schizophrenia. *Front Psychol Behav Sci.* 2014 ;3:1-17.
2. Brietzke E, Mansur RB, Soczynska J, Powell AM, McIntyre RS. A theoretical framework informing research about the role of stress in the pathophysiology of bipolar disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2012 ;39:1-8. doi: 10.1016/j.pnpbp.2012.05.004. Review.

---

Ponencia 2:

### “Acontecimientos vitales estresantes en niños y adolescentes en riesgo de psicosis. Datos preliminares de un estudio longitudinal”

*Muñoz Samons, Daniel*

*Psiquiatra, Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, CIBERSAM*

---

### RESUMEN

El estrés psicosocial se señala como un factor causal de la psicosis. Aunque persisten controversias, basadas en estudios principalmente retrospectivos, datos prospectivos sugieren que los acontecimientos vitales (AV) son un factor de riesgo para el inicio o la recaída en pacientes con esquizofrenia. La literatura es más escasa respecto al estudio de AV en individuos con síndrome de riesgo de psicosis (SRP), proporcionando resultados no concluyentes. Presentamos los resultados iniciales de un estudio prospectivo que evalúa la presencia de AV en la adolescencia, un período clave del desarrollo en la aparición de la psicosis, comparando controles sanos (CS) y SRPs.

### MÉTODO:

Se realizó un estudio prospectivo, naturalístico en el Hospital Clínic y el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona en niños y adolescentes (10-17 años) con SRP y CS. Criterios de inclusión: 1) síntomas atenuados positivos o negativos en los 12 meses anteriores; 2) Síntomas psicóticos breves y limitados; 3) Familiar de 1º o 2º con esquizofrenia o trastorno esquizotípico más deterioro del funcionamiento. Criterios de exclusión: QI<70 y diagnóstico de trastorno del neurodesarrollo.

Los síntomas prodrómicos se evaluaron mediante la entrevista semiestructurada para síndromes prodrómicos (SIPS). Los AV estresantes en el último año fueron evaluados con el Stressful Life Events Schedule (SLES). 107 sujetos fueron evaluados al inicio del estudio. Se utilizaron pruebas t de muestras independientes o de chi cuadrado para comparar los grupos, así como análisis de covarianza.

### RESULTADOS:

69 SRP (15,15 ± 1,80 años; 60,8% mujeres) y 38 CS (15,57 ± 1,55 años; 68,4% mujeres). No se encontraron diferencias de edad y sexo entre las dos muestras (p=0,220 y p=0,437 respectivamente). El sexo no alcanzó significación para las medidas SLES, pero las mujeres mostraron tendencia a informar de mayor frecuencia de eventos estresantes y mayor intensidad. En promedio, las puntuaciones de SLES, tanto el número de eventos como el estrés percibido subjetivo para cada acontecimiento vital fueron significativamente más altos en los SRP que en CS (p=0,001 y p<0,001, respectivamente). En el análisis de covarianza, utilizando el sexo y el número de eventos como covariables, la tasa de estrés subjetivo permaneció significativamente mayor en los SRP que en los CS (p=0,046).

### CONCLUSIONES:

Los niños y adolescentes con riesgo de psicosis reportan mayor frecuencia de eventos estresantes y mayor sensibilidad al estrés que los CS. Estos datos, aunque preliminares, aumentan la evidencia sobre el papel sugerido del estrés en los trastornos psicóticos.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kraan T, Velthorst E, Smit F, de Haan L, van der Gaag M. Trauma and recent life events in individuals at ultra high risk for psychosis: review and meta-analysis. *Schizophr Res.* 2015;161:143-9.
2. Tessner KD, Mittal V, Walker EF. Longitudinal study of stressful life events and daily stressors

among adolescents at high risk for psychotic disorders. - *Schizophr Bull.* 2011 Mar.

3. Trotman HD, Holtzman CW, Walker EF, Addington JM, Bearden CE, Cadenhead KS, Cannon TD, Cornblatt BA, Heinssen RK, MATHALON DH, Tsuang MT, Perkins DO, Seidman LJ, Woods SW, McGlashan TH. Stress exposure and sensitivity in the clinical high-risk syndrome: initial findings from the North American Prodrome Longitudinal Study (NAPLS). *Schizophr Res.* 2014;160:104-9.
4. Corcoran C, Walker E, Huot R, Mittal V, Tessner K, Kestler L, Malaspina D. The stress cascade and schizophrenia: etiology and onset. *Schizophr Bull.* 2003;29:671-92.

### Ponencia 3:

#### “Marcadores biológicos de estrés en la psicosis”

*Baeza Pertegaz, Inmaculada*

*Psiquiatra consultora, Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil, Hospital Clínic de Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM.*

### RESUMEN

Según el modelo de vulnerabilidad-estrés (Nuechterlein and Dawson, 1984), la exposición al estrés puede actuar de desencadenante para el desarrollo de un primer episodio psicótico. Además la incapacidad para afrontar acontecimientos estresantes podría ayudar en el desarrollo de dicho episodio. Por tanto, el estrés podría tener un papel central en la expresión sintomática de la psicosis.

El eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA) es la principal estructura en nuestro organismo que produce una respuesta adaptativa al estrés. Se sabe que el estrés crónico y repetitivo puede producir una hiperactividad del eje HPA y un aumento de los niveles de cortisol en plasma (Corcoran et al, 2003). Se ha reportado que pacientes con un primer episodio psicótico tienen un eje HPA hiperactivo (Borges et al, 2013). Además, sujetos con riesgo de psicosis presentan mayores niveles de cortisol en plasma basales que controles (Walker et al, 2013) y una supresión de los niveles de cortisol al despertar (Day et al, 2014). Otros marcadores biológicos como la prolactina, la homocisteína y productos del estrés oxidativo celular han sido asociados también al

estrés psicológico (Riecher-Rössler et al, 2013; Stoney et al, 1999).

Pocos estudios han examinado los marcadores biológicos de estrés en niños y adolescentes. En el simposium, se hará una revisión de estos estudios y se resumirán los datos de los artículos publicados derivados de varios estudios multicéntricos realizados en España: el estudio longitudinal de primeros episodios en niños y adolescentes (CAFEPS) en relación al estrés oxidativo, el estudio multicéntrico sobre efectos secundarios de antipsicóticos en niños y adolescentes, respecto al papel de la prolactina y la homocisteína y el estudio longitudinal de niños y adolescentes con síndrome de riesgo de psicosis, respecto al cortisol.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nuechterlein KH and Dawson ME. A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophr Bull* 1984;10:300-12.
2. Riecher-Rössler A et al. Hyperprolactinemia in antipsychotic-naïve patients with first-episode psychosis. *Psychol Med* 2013;43:25-31.

## PATOLOGÍA AFECTIVA GRAVE EN LA ADOLESCENCIA: INTEGRANDO MIRADAS ANTE UNA REALIDAD CLÍNICA COMPLEJA

*Moderador: Barberá Fons, María*

*Psiquiatra Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infanto – Juvenil. Hospital Universitari i Politènic La Fe (Valencia). Universidad de Valencia. E-mail: barbera\_manfon@gva.es*

---

Ponencia 1:

### “Patología afectiva grave en la adolescencia: estudio sobre su diagnóstico y tratamiento en hospitalización”

*Barberá Fons, María*

*Psiquiatra Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infanto – Juvenil. Hospital Universitari i Politènic La Fe (Valencia). Javier Castelló Gascó. Psiquiatra unidad hospitalización infanto-juvenil Hospital La Fe de Valencia.*

---

### RESUMEN

En 14 años de trayectoria de la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infanto-Juvenil en el Hospital Universitari i Politènic La Fe de Valencia, hemos detectado la necesidad de abordar específicamente la complejidad clínica de los casos de patología afectiva grave asociada a alteraciones conductuales de envergadura.

De los ingresos existidos durante los pasados 22 meses en la Unidad, 36 jóvenes han tenido por motivo de hospitalización una alteración emocional grave.

Si bien en 1/3 de estos casos la presencia de un T. Bipolar ha sido indudable y confirmada, otros 2/3 se ven caracterizados por una irritabilidad crónica, muy manifiesta y asociada a alteraciones comportamentales muy serias. La definición psicopatológica de estos últimos casos es muy compleja, pues cumplen criterios de T. de la Desregulación Destructiva del estado de Ánimo (siglas inglesas DMDD), pero la gravedad conlleva intranquilidad diagnóstica y pronóstica, siendo denominados habitualmente como T. Afectivos a estudio (equivalentes a Trastorno Bipolar NE de Birmaher<sup>1</sup>).

Un 31 % de estos casos han precisado más de una hospitalización en el período de estudio. No hemos apreciado diferencias significativas en este dato entre el tercio propiamente bipolar y los dos tercios de filiación aplazada.

A parte de la intervención psicoterapéutica, realizada por norma con todos los jóvenes que ingresan y con sus

familias, el abordaje farmacológico de estos casos se torna muy complicado 2.

En nuestra muestra, hemos detectado un 38 % de síndrome de activación<sup>3</sup> pasado o presente, que fundamenta la cautela que ha supuesto el empleo de fármacos antidepresivos; a su vez, de forma sistemática, hemos tenido que perfilar el tipo de antipsicótico instaurado, en aras de minimizar la repercusión emocional al máximo.

Toman protagonismo los eutimizantes en el abordaje del 78% de los casos descritos, tanto en los Trastornos Bipolares claros como en los demás, siendo los resultados globalmente satisfactorios. Destaca el Carbonato de Litio como eutimizante único en un 44% de la muestra y el Ácido Valproico en 8,3 %; la combinación de ambos ha acontecido en un 22 % de los casos, en los que se da mayormente la siguiente asociación: presencia de Trastorno Bipolar confirmado + necesidad de más de un ingreso.

Existen muchas reflexiones derivadas de estos datos, las cuales expondremos desde una perspectiva esencialmente clínica y sin minimizar en aspectos de complejidad.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Axelson D, Birmaher B, Strober M, Gill MK, Valeri S, Chiappetta L et al. Phenomenology of Children and Adolescents With Bipolar Spectrum

- Disorders. Arch Gen Psychiatry. 2006; 63: 1139-1148.
- Kim S, Boylan K. Effectiveness of Antidepressant Medications for Symptoms of Irritability and Disruptive Behaviors in Children and Adolescents. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology. 2016; 26(8): 1-11.
  - Reid AM, McNamara JP, Murphy TK, Guzik AG, Storch EA, Geffken GR et al. Side-effects of SSRIs disrupt multimodal treatment for pediatric OCD in a randomized-controlled trial. J Psychiatr Research. 2015 December; 71: 140-7.

Ponencia 2:

**“Alteraciones biológicas en el trastorno bipolar de inicio temprano”**

Moreno Ruiz, Carmen. *Psiquiatra, Servicio de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, IiSGM, CIBERSAM (Madrid). cmoreno@hggm.es*

*La Dra. Carmen Moreno se formó como psiquiatra en el Hospital Gregorio Marañón y completó su formación clínica e investigadora en Psiquiatría Infantil en el New York State Psychiatric Institute/ Universidad de Columbia, Nueva York (EEUU) gracias a una beca de la Fundación Alicia Koplowitz. Desde que puso en marcha el Equipo Infanto-Juvenil de los Servicios de Salud Mental de Vallecas ha trabajado en distintos recursos asistenciales, formando parte en la actualidad del equipo del Servicio de Psiquiatría del Niño y el Adolescente del Hospital Gregorio Marañón de Madrid. Es Doctora en Medicina y Premio Extraordinario de Doctorado por la Universidad Complutense de Madrid, en la que en la actualidad es Profesora Asociada. Desarrolla asimismo una importante actividad investigadora centrada en el estudio de la etiopatogenia de las enfermedades mentales de inicio temprano y de posibles nuevas dianas terapéuticas mediante su participación en numerosos proyectos de investigación competitivos tanto nacionales como internacionales. Ha publicado en el área de psiquiatría infantil en revistas internacionales de impacto. Es co-coordinadora de la Red Europea de Neuropsicofarmacología infantil, integrada en la EmprEMA.*

**RESUMEN**

El trastorno bipolar se inicia en un porcentaje importante de los casos antes de la edad adulta, aunque la dificultad en su identificación lleva a que solo una minoría de los pacientes se diagnostiquen y traten adecuadamente durante la infancia y la adolescencia. Incluso los pacientes que siguen regímenes de tratamiento adecuados responden menos al tratamiento y en muchas ocasiones precisan de polifarmacia para lograr la estabilización. La mayor parte de los estudios de investigación en este trastorno han sido desarrollados en EEUU, existiendo reticencias a la extrapolación de sus resultados en otros países, especialmente en relación al diagnóstico de trastorno bipolar no especificado, ya que se han documentado diferencias internacionales en prácticas diagnósticas con tendencia al sobrediagnóstico de trastorno bipolar en EEUU a expensas de éste. Esta ponencia hará un repaso de los avances en la investigación biológica en el trastorno bipolar de inicio temprano, aportando datos de un estudio que incluye 48 niños y adolescentes y 33 controles sanos, reclutados en el Hospital General Universitario

Gregorio Marañón de Madrid. Análisis preliminares de esta muestra confirman la gravedad de la clínica de los menores con este trastorno, así como la similitud entre los pacientes con trastorno bipolar I y los que presentan trastorno bipolar no especificado (diagnosticados con los criterios recogidos en el estudio COBY de Birmaher y coll), que presentaron niveles sintomáticos similares tanto en la evaluación de síntomas clínicos (a excepción de los síntomas psicóticos) como en el funcionamiento. También hemos objetivado en estos pacientes incremento en parámetros de estrés oxidativo e inflamación en relación a niños y adolescentes controles, lo que abre la vía a nuevos desarrollos terapéuticos. Los estudios de investigación en trastorno bipolar de inicio temprano en nuestra población pueden permitir mejorar la detección clínica y el enfoque terapéutico de estos pacientes.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Birmaher, B. et al (2006). Archives of general psychiatry, 63(2), 175-183.

---

Ponencia 3:

**“Estabilidad Diagnóstica del Trastorno bipolar en niños y adolescentes y Diagnóstico diferencial con cuadros afines”**

*Dr César Soutullo Esperón.*

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

*Director de la Unidad de Psiquiatría infantil y adolescente, Clínica Universidad de Navarra desde 1999. Subdirector del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, Profesor Asociado y Profesor Contratado Doctor (ANECA) (Facultades de Medicina y de Psicología).*

*Especialista en Psiquiatría infantil y adolescente (Children's Hospital Medical Center, University of Cincinnati, Ohio, EE.UU., 1997-1999), Fellow en Psiquiatría Biológica (1996-1997) y Especialista en Psiquiatría (University of Cincinnati Hospital, Ohio, EE.UU., 1993-1997). Doctor en Medicina (Premio Extraordinario, Universidad de Navarra, 2002), Licenciado en Medicina y Cirugía (Universidad Complutense de Madrid, 1989).*

*Publicaciones: 74 originales, 19 libros, 95 capítulos/revisiones, y 241 posters en Congresos y 358 Conferencias. Factor H: 26, F. Impacto: >216, 5 Tesis Doctorales dirigidas y 3 en curso. Comité Editorial: 7 revistas, revisor: 40 revistas internacionales.*

*Miembro del Grupo de Guías Clínicas de TDAH (EAGG) de EUNETHYDIS y del Board of Trustees de EUNETHYDIS International Conferences. Asesor de la Fundación Alicia Koplowitz, Coordinador Plan de Acción en TDAH (PANDAH). Miembro de la Junta directiva de AEPNYA (2004-2008), del Comité del Programa Científico de la Federación Mundial de TDAH (WFADAH), y del Grupo de TDAH de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA). Presidential Scholar Award de la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.*

*Dra María Ribeiro, Psiquiatra, Servicio Navarro de Salud (Pamplona) y Consulta Privada (Calahorra).*

*Dra. Azucena Díez-Suárez. Psiquiatra de niños y adolescentes. Unidad de Psiquiatría Infantil Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica Universidad de Navarra*

---

**RESUMEN**

**Introducción:** El trastorno bipolar (BD) a menudo comienza en adolescentes, pero su diagnóstico es a veces difícil y controvertido en niños y adolescentes. Los estudios que tratan de detectar lo antes posible BD en niños incluyen estudios de descendencia, y estudios que evalúan a niños en su primer episodio de manía.

**Objetivo:** Revisar estudios sobre niños de padres con BD y estudios de trastorno bipolar de inicio temprano en niños y adolescentes y las características clínicas de nuestra muestra en el momento del diagnóstico y en un seguimiento longitudinal.

**Método:** Revisamos los datos de nuestra muestra de niños y adolescentes con BP en la Clínica de la Universidad de Navarra, centrándonos en los primeros síntomas, tratamientos previos al diagnóstico y estabilidad diagnóstica tras seguimiento longitudinal.

**Resultados:** En nuestra muestra de pacientes con BP, el 79% eran varones, el 37,5% tenían BP-1, 8,3% BP-2, 54,2% BP-NOS (principalmente por duración más corta de los episodios con síntomas completos). La mediana de edad al momento del diagnóstico fue: 12,9. Encontramos 1,46 años de retraso diagnóstico. El síntoma del humor más frecuente en el momento del diagnóstico de la BP fue irritabilidad (94,7%). El 92,1% de los niños tenían al menos un trastorno comórbido. El 67% de los niños con BP tenían tratamiento previo con antidepresivos, 47% con benzodiazepinas, 41% con antipsicóticos y 34% con estabilizadores del humor (Li o VPA). Los trastornos psiquiátricos más frecuentes antes del diagnóstico fueron: TDAH (21,1%), depresión mayor (18,4%), TND (15,8%), y TC (10,5%), trastorno por uso de sustancias, ansiedad de separación y trastorno del humor NE (10,5%), y ciclotimia (2,6%). Tras el seguimiento

naturalístico de 3,9 años, los diagnósticos eran: 62,5% BP-1 (vs. 37,5 en evaluación basal), 8,3% BP-2 (igual que en la basal), 23,6% BP-NE (vs. 54,2% en basal), y 5,6% (N=4) pacientes perdieron el diagnóstico y no eran bipolares en la visita de seguimiento.

**Conclusión:** Nuestra muestra de niños BP en España un 94,4% de los pacientes mantenían el diagnóstico de BP tras 3,9 años de seguimiento, usando criterios DSM-IV. El diagnóstico más frecuente antes del diagnóstico de BP fue TDAH y depresión mayor, y el tratamiento más frecuente, un ISRS.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Findling RL, Jo B, Frazier TW, Youngstrom EA, Demeter CA, Fristad MA, Birmaher B, Kowatch RA, Arnold E, Axelson DA, Ryan N, Hauser JC,

Brace DJ, Marsh LE, Gill MK, Depew J, Rowles BM, Horwitz SM. The 24-month course of manic symptoms in children. *Bipolar Disord.* 2013

2. Soutullo C, Chang KD, Díez.Suárez A, Figueroa-Castro A, Escamilla I, Rapado M, Ortuño F. Bipolar Disorder in Children and Adolescents: International Perspective on Epidemiology and Phenomenology. *Bipolar Disord.* 2005 Dec;7(6):497-506.
3. Soutullo CA., Escamilla-Canales I., Wozniak J., Gamazo-Garrán P., Figueroa-Quintana A., & Biederman J. Pediatric Bipolar Disorder in a Spanish sample: features before and at the time of diagnosis. *J Affective Disorders* 2009;118(1-3):39-47.

## EMOCIÓN EXPRESADA Y OTRAS VARIABLES FAMILIARES EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA

*Moderador: Jesús Díaz Rocillo*

*Psicólogo. Coordinador Hospital de Día Clínica Montreal. Equipo Pediatría Adolescente H. Internacional Ruber. Los trastornos pertenecientes al grupo de Trastornos del Comportamiento Perturbador tienen en común la presencia de numerosos problemas relacionales. Algunos de estos problemas, por ejemplo en casos de Violencia Filio-Parental, se producen en el seno de las relaciones familiares. A su vez, es innegable el importante papel de las familias en los principales programas de intervención validados. Teniendo en cuenta esta doble faceta de la familia (como contexto en el que ocurren los síntomas, y como parte implicada en el proceso de recuperación) el objetivo de la mesa será examinar las diferentes variables familiares que intervienen en el proceso terapéutico de las personas con Trastorno de Conducta.*

Ponencia 1:

### “Factores familiares de buen y mal pronóstico en adolescentes con trastornos de conducta”

*Sancho Acero, José Luis*

*Director Técnico RecUrra-Ginso*

#### RESUMEN

El incremento de la incidencia en Trastornos de la Conducta en adolescentes representa un verdadero desafío para los principales programas de intervención en este grupo de edad. Los programas de tratamiento actuales se inscriben en un modelo multisistémico de intervención. Esta perspectiva, concibe al individuo

como elemento perteneciente a diferentes contextos en los interacciona. Tanto los síntomas, como los recursos, emergen de esta multiplicidad de sistemas y deben ser todos ellos comprendidos por el tratamiento. (Huey, Henggeler, Brondino, y Pickrel,2000). Uno de estos sistemas es el grupo familiar. Para muchos autores, el sistema familiar, como agente de socialización primario,

112

es el primer sistema de pertenencia sobre el que situar los objetivos de intervención. Aunque existe acuerdo en la necesidad de incluir a la familia en el tratamiento, existe cierta controversia sobre la influencia de la misma en el curso y pronóstico de este grupo de trastornos. Por un lado, algunas variables con valor pronóstico han demostrado cierto grado de heredabilidad. Por otro, las influencias ambientales son múltiples, diversas e interconectadas entre sí, haciendo a veces difícil, aislar la influencia familiar de otro tipo de elementos como el grupo de iguales. Mientras algunos factores como la presencia de psicopatología en otro miembro de la familia parecen ensombrecer el pronóstico, otras

variables como la calidez o los estilos de afrontamiento funcionales parecen ejercer una influencia positiva sobre los programas de tratamiento. En la presente ponencia se revisarán los principales factores de buen y mal pronóstico en el tratamiento de los trastornos de Conducta.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Huey, S.J.; Henggeler, S.W.; Brondino, M.J.; and Pickrel, S.G. Mechanisms of change in multisystemic therapy: Reducing delinquent behavior through therapist adherence and improved family functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68(3):451-467, 2000.

---

Ponencia 2:

## “Emoción expresada familiar en adolescentes con trastornos de conducta”

*Faus Boronat, Gustavo*  
*Director Asistencial ITA*

---

## RESUMEN

La Emoción Expresada (EE) ha resultado ser una importante variable predictora en el pronóstico de numerosos Trastornos, entre los que destacan la Esquizofrenia, el Tr. Bipolar, la Depresión y los Trastornos de la Conducta Alimentaria. (Butzlaff y Hooley, 1998). La EE hace referencia a las actitudes de la familia ante la persona que sufre una enfermedad o trastorno. Está compuesta por los componentes de Criticismo, Sobreimplicación Emocional, Hostilidad, calor y comentarios positivos. Hasta donde llega nuestro conocimiento, son pocos los trabajos que estudian esta variable en Trastornos de Conducta del Adolescente. El mecanismo de acción de la EE parece situarse en la interacción entre los síntomas y ciertas variables de personalidad del cuidador. También existe una relación entre la EE y ciertas variables estructurales y de funcionamiento de las familias. A pesar de que el correlato con mayor tamaño del efecto es con la recaída,

otros indicadores como el abandono de tratamiento o la cronicidad son también resultados asociados a la EE. En esta ponencia se expondrán los resultados de un estudio con 45 cuidadores principales de pacientes con diagnóstico de Trastorno de Conducta que seguían tratamiento en Hospitalización u Hospital de día. Se presentarán las características tanto de los pacientes como de las familias de alta EE comparados con pacientes y familias de baja EE. Entre las variables estudiadas destacan en clima familiar, los estilos de afrontamiento y el tipo de vínculo entre los distintos miembros de la familia. Se contextualizarán los hallazgos, poniéndolos en relación con los obtenidos de otros estudios y grupos diagnósticos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed Emotion and Psychiatric Relapse. *Archives of General Psychiatry*, 55(6), 547.

---

Ponencia 3:

**“Programa para la reducción de la emoción expresada en adolescentes con trastornos de conducta”**

*Rodríguez Ruiz, Ana*

*Psicóloga Unidad de Trastornos de Conducta. ITA*

---

**RESUMEN**

La Emoción Expresada Familiar parece ser un constructo dotado de cierta estabilidad a lo largo del tiempo. Esta característica está relacionada con ciertos rasgos de personalidad del cuidador, y parece ser independiente del estadio del trastorno o nivel de gravedad de sus síntomas. Afortunadamente la EE ha demostrado ser modificable mediante intervención (Marzola et al. 2015). Primero en el tratamiento de la esquizofrenia, y después en el de otros trastornos como los Trastornos de la Conducta Alimentaria, se han producido programas específicos para la reducción de la EE. La lógica subyacente a este paradigma señala la modificación de la EE familiar como una intervención que no solo logra la mejora de la experiencia subjetiva del cuidador, sino que también mejora el pronóstico del paciente. La Fruto del conocimiento generado por la investigación, así como de la experiencia adquirida en otras patologías, ITA ha creado un protocolo específico de intervención para reducir la EE en pacientes con Trastornos de Conducta. En

esta ponencia se presentarán los objetivos del programa, junto con las intervenciones fundamentales. El programa consta de cuatro sesiones de 4h de duración cada una. La primera de ellas tiene un carácter psicoeducativo, mediante el que se logra aumentar la impredecibilidad del trastorno y del tratamiento, disminuyendo así el nivel de estrés en el cuidador. Las otras tres sesiones se dedican respectivamente al trabajo con el criticismo, la Sobreimplicación Emocional y la Hostilidad. Se ilustrará el contenido de la ponencia con material videofilmado de las sesiones que componen el programa de intervención

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Marzola, E., Knatz, S., Murray, S. B., Rockwell, R., Boutelle, K., Eisler, I., & Kaye, W. H. (2015). Short-term intensive family therapy for adolescent eating disorders: 30-month outcome. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 23(3), 210-218

---

## IMPACTO DEL USO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

*Moderador: Fuentes Albero, Milagros*

*Psiquiatra. USMI Paterna (Hospital Arnau de Vilanova-Lliria de Valencia)*

*e-mail de contacto: milafuentesalbero@gmail.com*

---

Ponencia 1:

### “Adolescentes hiperconectados a internet: ¿Qué pasa con su salud mental?”

*Fuentes Albero, Milagros*

*Psiquiatra. USMI Paterna (Hospital Arnau de Vilanova Valencia-Lliria)*

---

#### RESUMEN

**Objetivo:** describir el patrón de uso de internet en niños y adolescentes españoles. Describir los factores que intervienen para desarrollar un patrón de abuso y/o dependencia. Analizar las consecuencias del uso excesivo de internet (redes sociales, juegos en red, apuestas on line, sexting, grooming, etc) sobre la salud mental de niños y adolescentes.

**Método:** se han revisado todos los artículos publicados haciendo referencia a muestra española, obtenidos en las bases de datos de Pubmed, Psycodoc, PlosOne, PsycINFO

**Resultados:** Encontramos que en momento actual se ha generalizado el uso de internet en todos los adolescentes y que cada vez más se adelanta la edad en la que se introducen los niños en internet.

El 91% de adolescentes usan las redes sociales de forma habitual y el y casi el 40% pasan más de 2 horas al día conectados a ellas.

Los usos que suelen hacer los adolescentes suelen ser: necesidad de comunicarme o mandar mensajes a otro compañero (74,9 %), encontrar información para un trabajo escolar (56 %) o distraerse o pasar el rato con juegos o videoclips (55%).

El uso de internet para redes sociales, juegos on line y apuestas tiene mayor riesgo de condicionar la aparición de comportamiento adictivo, siendo un factor protector el uso para visionado de videos o búsqueda de información.

Respecto a los factores de personalidad que condicionan mayor abuso de internet, se ha hallado mayor proporción de adolescentes introvertidos, emocionalmente inestables, pesimistas o desesperanzados, con estilo de

enfrentamiento de problemas improductivo.

Las chicas presentan más síntomas emocionales negativos derivados del uso del móvil y los chicos con el uso de internet de forma lúdica, generalmente juegos en red. Pueden aparecer problemas familiares, sociales, escolares, académicos, económicos, legales y de salud física. A nivel de salud mental se ha descrito mayor riesgo de aparición de síntomas depresivos, ansiedad, ataques de pánico, quejas psicósomáticas, insomnio, disfunción social, etc. Se considera que frena el aprendizaje de habilidades de sociabilización no virtuales y que puede provocar disminución de la dedicación a otras actividades de ocio y deterioro de la interacción familiar y social. La tendencia a la conducta internalizante, a la ansiedad y a la depresión en adolescentes predispone a realizar uso abusivo de internet. Los adolescentes con alteraciones psicopatológicas desarrollan patrones de abuso/dependencia de internet con mayor facilidad.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Viñas Poch, Ferran. Uso autoinformado de Internet en adolescentes: perfil psicológico de un uso elevado de la red International Journal of Psychology and Psychological Therapy, Vol. 9, Núm. 1, marzo sin mes, 2009, pp. 109-122.
2. Plaza De la hoz, J. Cómo afecta el uso de internet a los estudiantes adolescentes: Informe de investigación. Conference paper: III congreso internacional de las TIC en Educación. Lisboa. Noviembre 2014.
3. Moral, M.V.y Suárez,C Factores de riesgo en el

uso problemático de Internet y del teléfono móvil en adolescentes españoles. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud* (2016). 7, 69---78.

4. Echeburúa, Enrique; de Corral, Paz Adicción

a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto *Adicciones*, vol. 22, núm. 2, 2010, pp. 91-95

---

## Ponencia 2:

### “Efectos del uso del móvil en el sueño de escolares españoles”

*Rodríguez Varela, Ana*

*Pediatra. Centro de Salud de Bétera (Hospital Arnau de Vilanova-Lliria de Valencia)*

*Filiación (titulación y/o breve CV, categoría profesional y/o cargo laboral, Centro de trabajo y e-mail de contacto)*

---

## RESUMEN

**Objetivo:** Valorar el efecto que causa el uso del teléfono móvil en los hábitos de sueño desde el momento en que el niño se convierte en usuario del mismo.

**Metodología:** Estudio transversal sobre una muestra de escolares españoles de 9 a 14 años. Se utilizó el cuestionario de autoinforme de sueño infantil (SSR: Sleep Self-Report) y el test de dependencia del móvil (TDM).

**Resultados:** Se evaluaron 1277 escolares con una media de edad de 11,7±1,4 años, separados en dos grupos según nivel educativo primaria (43%) y secundaria (51%) y con una proporción similar por sexos (51% varones, 49% mujeres). El 79% tenían móvil, y un 10% lo tuvieron con 8 años, siendo más frecuente que las mujeres lo tengan antes que los varones. En cuanto al uso inadecuado del mismo se demuestra que un 31% lo usan más de dos horas al día, un 65% duerme con el encendido en la habitación y el 46% lo usa en la hora de dormir, con diferencias por sexo en adolescentes pero no en niños. Presentan mayor dependencia las mujeres ( $p<0.01$ ) y los adolescentes ( $p<0.01$ ). Asimismo se evidencia un aumento de los trastornos del sueño y una disminución en las horas de dormir (sobre todo los días de colegio) en los que hacen un uso inadecuado del mismo, afectando más a los más pequeños.

**Conclusiones:** En los escolares el hecho de tener móvil disminuye el número de horas de sueño y aumenta los trastornos globales, sobre todo a mujeres, y empeora la calidad, sobre todo a niños. Los que usan el móvil de sus

padres también sufren más trastornos del sueño si son varones, siendo protector en mujeres.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pedrero Pérez EJ, Rodríguez Monje MT, De León RS, María J. Adicción o abuso del teléfono móvil. Revisión de la literatura. *Adicciones* 2012;139-152.
2. Bailin A, Milanaik R, Adesman A. Health implications of new age technologies for adolescents: a review of the research. *Curr Opin Pediatr* 2014 Oct;26(5):605-619.
3. Lopez-Fernandez O, Honrubia-Serrano L, Freixa-Blanxart M, Gibson W. Prevalence of problematic mobile phone use in British adolescents. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2014 Feb;17(2):91-98.
4. Carter, Ben, et al. Association Between Portable Screen-Based Media Device Access or Use and Sleep Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 2016.
5. Zheng F, Gao P, He M, Li M, Wang C, Zeng Q, et al. Association between mobile phone use and inattention in 7102 Chinese adolescents: a population-based cross-sectional study. *BMC Public Health* 2014 Oct 1;14:1022-2458-14-1022.
6. HILL, David, et al. Media and Young Minds. *Pediatrics*, 2016, p. e20162591.
7. ONTSI. Dossier de indicadores sobre uso de TIC por menores en España (diciembre

- 2016). Ministerio de industria, energía y turismo. Available at: [www.ontsi.red.es/ontsi/sites/ontsi/files/Dossier%20Menores](http://www.ontsi.red.es/ontsi/sites/ontsi/files/Dossier%20Menores). Accessed Dic/16,
8. National Sleep Foundation. 2014 Sleep in America Poll. 2014; Available at: [www.sleepfoundation.org/.../2014-NSF-Sleep-in-America-poll-summary-of-findings](http://www.sleepfoundation.org/.../2014-NSF-Sleep-in-America-poll-summary-of-findings). Accessed 06/24, 2015.
  9. Zheng F, Gao P, He M, Li M, Tan J, Chen D, et al. Association between mobile phone use and self-reported well-being in children: a questionnaire-based cross-sectional study in Chongqing, China. *BMJ Open* 2015 May 11;5(5):e007302-2014-007302.
  10. Babadi-Akashé Z, Zamani BE, Abedini Y, Akbari H, Hedayati N. The Relationship between Mental Health and Addiction to Mobile Phones among University Students of Shahrekord, Iran. *Addict Health* 2014 Summer-Autumn;6(3-4):93-99.
  11. Carbonell X, Fúster H, Lúsar AC, Oberst U. Adicción a Internet y móvil: Una revisión de estudios empíricos españoles. *Papeles del psicólogo* 2012;33(2):82-89.
  12. Chóliz M. Mobile-phone addiction in adolescence: the test of mobile phone dependence (TMD). *Prog Health Sci* 2012;2(1):33-44.
  13. Owens JA, Spirito A, McGuinn M, Nobile C. Sleep habits and sleep disturbance in elementary school-aged children. *J Dev Behav Pediatr* 2000 Feb;21(1):27-36.
  14. Orgilés M, Owens J, Espada JP, Piqueras JA, Carballo JL. Spanish version of the Sleep Self-Report (SSR): factorial structure and psychometric properties. *Child: Care, Health and Development* 2013;39(2):288-295.

---

## Ponencia 3:

### “Programa PREVTEC 3.1 para reducir el abuso de móvil en adolescentes”

Madrid Tortosa, Enrique

Psicólogo

Técnico de la Unidad de Prevención Comunitaria en Drogas (UPCCA) del ayuntamiento de Mislata (Valencia)

---

## RESUMEN

Los adolescentes se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad a desarrollar una adicción comportamental al teléfono móvil ya que su cerebro se encuentra en crecimiento y el impacto de la utilización abusiva del móvil va a hacer mella en ellos tanto física como psicológicamente. Por eso pensamos que es preceptivo contar con buenas herramientas de prevención que amortigüen el impacto del uso de dispositivos móviles y que den herramientas para prevenir un abuso o dependencia de los mismos.

**Objetivos:** Analizar el patrón de uso del móvil de los adolescentes y también analizar la aplicación del módulo de móviles PREVTEC 3.1 en adolescentes de dos municipios de Valencia.

Analizar la eficacia del programa de prevención

PREVTEC 3.1 al año de haber implementado el programa.

Como objetivos del presente trabajo nos planteamos:

- 1.- Estudiar el patrón de uso del móvil por parte de adolescentes de los municipios de Alacuás y Mislata.
- 2.- Aplicar y adaptar el módulo de móviles del programa PREVTEC 3.1 en adolescentes de los municipios citados.
- 4.- Valorar la eficacia de la aplicación de móviles del PREVTEC3.1 en adolescentes de Alacuás y Mislata.

**Metodología:** Para la realización de la investigación se ha utilizado el programa PREV-TEC 3.1, un programa de Prevención de Adicciones Tecnológicas desarrollado por la Facultad de Psicología de Valencia y la fundación FEPAD.

Para la realización de los diferentes análisis con referencia al uso del móvil se utilizaron las siguientes herramientas:

Cuestionario de datos sociodemográficos, parámetros de uso y percepción subjetiva de abuso o dependencia.

Test de Dependencia del Móvil (TDM) de Mariano Chóliz (2011).

Para obtener los resultados se van a realizar los siguientes análisis de datos:

- Contraste de hipótesis de diferencia de proporciones en tabla de contingencia para las variables con respuesta sí/no.
- Prueba Shapiro-Wilk de normalidad para el resto de variables.
- Prueba t para las variables que cumplan el supuesto de normalidad.
- Prueba U de Mann-Whitney para las variables que no cumplan el supuesto de normalidad en muestras diferentes.
- Prueba Kolmogorov-Smirnov para las variables que no cumplan el supuesto de normalidad en una misma muestra.

Después de la aplicación del módulo de móviles del programa de prevención se redujo la frecuencia de uso de los móviles y las puntuaciones de los cuestionarios de adicción a móviles. Los cambios conseguidos se mantuvieron parcialmente al transcurrir un año desde la implementación del programa.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carbonell Sánchez, X.; Fúster, H.; Chamarro Lusaar, A.; Oberst, U. E.; (2012). Internet and mobile cell phone addiction: a review of Spanish empirical studies. *Papeles del Psicólogo Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, vol. 33. pp. 82-89.
2. Castellana, M., Sánchez-Carbonell, X., Graner, C. y Beranuy, M. (2007). El adolescente ante las tecnologías de la información y la comunicación: Internet, móvil y videojuegos. *Papeles Del Psicólogo*, 38(3), 196-204.
3. Chóliz, M., Villanueva, V.; (2011). Evaluación de la adicción al móvil en la adolescencia. Universidad de Valencia.
4. Chóliz Montañés, M.; Villanueva Silvestre, V.; (2011). Evaluating the mobile addiction in adolescence. *Revista Española de Drogodependencias*, vol. 36(2), pp.165-183.
5. CHOLIZ, M. (2009). Movilízate. Prevención del abuso de móviles en niños y adolescentes. Guía de actuación de la FEPAD.
6. Chóliz, M., Villanueva, V., Marco, C., Campillos, I.; PREV-TEC 3.1. Recuperado de <http://www.adiccionesnotoxicicas.com/?p=68>.

## FACTORES DE COMPLEJIDAD CLÍNICA EN LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

*Moderador: Graell Berna, Montserrat*

*Doctora en Medicina, Psiquiatra. Jefe de Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. E-mail: montserrat.graell@salud.madrid.org*

---

Ponencia 1:

### **“Ejercicio físico en los trastornos de alimentación de niños y adolescentes: síntoma y herramienta de recuperación”**

*Villaseñor Montarroso, Angel*

*Licenciado en Psicología. Psicólogo Clínico. Profesor Asociado de Psicología en Universidad Complutense. Psicólogo Clínico Adjunto. Unidad de Trastornos de Alimentación. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid*

---

### **RESUMEN**

El ejercicio físico excesivo es un síntoma frecuente en algunos pacientes con trastorno de alimentación (TCA) tanto en edades pre y post puberales. Sin embargo, la utilización del ejercicio en los programas integrales de tratamiento ha demostrado ser una herramienta efectiva y positiva para el tratamiento de los pacientes con TCA. En este sentido tanto la falta como el exceso de actividad física han mostrado tener efectos negativos en la recuperación del paciente. Por lo tanto, el análisis e identificación correcta de la actividad física, motivaciones, actitudes para su práctica y psicopatología relacionada en los pacientes con TCA podría ayudar a diseñar intervenciones encaminadas a la regulación de dichos síntomas.

En esta ponencia se revisarán los perfiles clínicos asociados (síntomas específicos del TCA y otra psicopatología) a la práctica de ejercicio físico excesivo y compulsivo en los diferentes subtipos de TCA, haciendo especial hincapié en los TCA de aparición prepuberal aportando datos del estudio T.A.I.T. (Trastornos de Alimentación de Inicio Temprano) en el que se muestra como el ejercicio físico excesivo es una característica diferencial entre las anorexia prepuberales y los trastornos por evitación / restricción de la ingesta.

Se revisarán las escalas y los cuestionarios disponibles y validados para la evaluación del ejercicio excesivo o

compulsivo en población infantil y juvenil en el marco de la validación que estamos realizando en nuestra Unidad de TCA del Exercise and Eating Disorders Questionnaire (EED). Este cuestionario autoaplicado evalúa, a través de 18 ítems, cuatro factores asociados al papel del ejercicio en los TCA: presencia de ejercicio compulsivo, presencia de ejercicio físico positivo y saludable, conciencia de las señales corporales y ejercicio en relación al peso y la forma corporal.

Finalmente, se expondrán las características de los programas de ejercicio que han sido estudiados en el tratamiento integral de los TCA del adolescente en el contexto de los estudios realizados en nuestra Unidad de TCA.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Fernandez-del-Valle, M., Larumbe, E., Villaseñor, A., Gonzalez, C.D., Diez, I., Mojaraes, L.M.L., Ruiz, M. Resistance training enhances muscular performance in patients with anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Int J Eat Disord.* 2014. 41(6), 601-609.
2. Noetel M., Miskovic-Wheatley J., Crosby R., Hay P., Madden S., Touyz S: A clinical profile of compulsive exercise in adolescent inpatients with anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders* .2016: 4:1.

3. Danielsen, M., Bjørnelv, S., & Rø, Ø. Validation of the exercise and eating disorders questionnaire. *The International Journal of Eating Disorders*. 2015. 48(7), 983–93.
4. Jeffery, D., Fernandez-del-Valle M., Perez, M.,

Graell, M., Larumbe, E. Poor Physical Activity Levels and Physical Fitness in Adolescents with Anorexia after Hospitalization: 3790 Board #229 June 4, 9: 30 AM - 11: 00 AM.. 2016 Med Sci Sports Exerc, 48(5S Suppl 1):1061

---

Ponencia 2:

**“Autolesiones en adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria: características y valor en el curso clínico”**

*Martínez Núñez, Beatriz*

*Licenciada en Medicina y Cirugía. Psiquiatra. Facultativo Especialista de Área. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid*

---

**RESUMEN**

En los adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) es frecuente hallar autolesiones con o sin intención suicida. Existen diferentes hipótesis explicativas para esta conducta en esta población (regulación emocional, incremento de la conciencia corporal, reclamar cuidado o asistencia mediante la exhibición y por supuesto como síntoma depresivo). En todos los casos la presencia de autolesiones puede complicar la intervención terapéutica habitual para el TCA y agravar el curso clínico y pronóstico. Presentamos un estudio caso - control y longitudinal acerca de las características de los adolescentes con TCA hospitalizadas en la Unidad de TCA durante un período de 15 meses que presentan autolesiones comparado con los que no presentan autolesiones. Los objetivos son: (1) Especificar los datos sociodemográficos, hábitos de consumo de redes sociales, psicopatológicos y diagnóstico clínico dimensional de esta población (2) Evaluar si es un factor asociado a la recuperación clínica a corto plazo.

Los resultados indican que un 25% de las pacientes adolescentes ingresadas por TCA presentan autolesiones, siendo más frecuente en mujeres respecto a hombres (9,5 vs. 4,5). En el grupo que presenta autolesiones respecto al que no las presenta, es más frecuente el diagnóstico de formas purgo bulímicas del TCA (43% vs. 16%  $p<0,01$ ). Asimismo, en el grupo TCA+Autolesiones es más frecuente el diagnóstico comórbido de trastorno afectivo (80% vs. 31%  $p<0,01$ ) y rasgos disfuncionales

de personalidad. Destaca el frecuente uso (45,5% de las pacientes) de redes sociales, blogs y páginas web relativas a la apología del TCA, las autolesiones y la exhibición de las lesiones a través de internet. En la evaluación al año, una mayor proporción de pacientes con TCA+Autolesiones han reingresado al menos en una ocasión (39% vs. 15%) y la mayoría han precisado tratamiento en hospital de día.

Los programas de tratamiento deben atender de forma específica las características clínicas, de hábitos de uso de tecnologías de la información y comunicación y características evolutivas diferenciales de esta población de adolescentes que sufren TCA con autolesiones.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Vieira AI, Ramalho S, Brandão I, Saraiva J, Gonçalves S. Adversity, emotion regulation and non-suicidal self-injury in eating disorders. *Eat Disord*. 2016 Oct-Dec;24(5):440-52
2. Peebles R, Wilson JL, Lock JD. Self-injury in adolescents with eating disorders: correlates and provider bias. *J Adolesc Health*. 2011 Mar;48(3):310-3.
3. Cucchi A, Ryan D, Konstantakopoulos G, Stroumpa S, Kaçar AŞ, Renshaw S, Landau S, Kravariti E. Lifetime prevalence of non-suicidal self-injury in patients with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2016 May;46(7):1345-58.

Ponencia 3:

## “Temperamento y rasgos anómalos de personalidad en adolescentes con trastornos de alimentación”

Faya Barrios, Mar

*Doctora en Medicina. Psiquiatra. Facultativo Especialista de Área Psiquiatría. Unidad de Trastornos de Alimentación. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid*

---

### RESUMEN

El estudio de la personalidad en el campo de los trastornos de conducta alimentaria (TCA) se ha realizado en tres dominios: los rasgos de personalidad, el temperamento y los trastornos de personalidad. Los diferentes conceptos de personalidad (dimensional y categorial) y los múltiples instrumentos utilizados dificultan las conclusiones. Cabe destacar que el uso de entrevistas estructuradas reduce sensiblemente la prevalencia de trastornos de personalidad aunque mantiene el mismo tipo de trastornos.

Los estudios muestran que existen perfiles de temperamento específicos para los pacientes con TCA y que además discriminan entre los diferentes subtipos de TCA. Según el modelo de Cloninger, la “persistencia” y “evitación de daños” se han asociado a anorexia nerviosa, la “búsqueda de novedades” al subtipo purgo bulímico y la “dependencia de recompensa” a todos de TCA incluso tras la recuperación.

En relación a los rasgos de personalidad, los más frecuentes son los del cluster C (evitativo, dependiente y obsesivo compulsivo) seguido de los de cluster B (borderline e histriónico) con una distribución dimensional entre los subtipos de TCA restrictivos y purgativos respectivamente.

La edad, desarrollo, estado psicopatológico y el estado físico del paciente pueden influir en el resultado de la

evaluación del temperamento y la personalidad.

En la ponencia, además, presentaremos las características de temperamento medido por el TCI juvenil y rasgos de personalidad (MACI) de los 100 adolescentes con primer episodio de TCA del estudio de evaluación de curso clínico ANABEL al inicio de tratamiento y a los dos años de evolución.

Las características de temperamento y personalidad tienen importantes implicaciones clínicas dado que el tratamiento de los TCA se basa en intervenciones psicoterapéuticas que deberán estar adecuadamente orientadas a la psicopatología y también a los rasgos del paciente.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rotella F, Fioravanti G, Ricca V. Temperament and personality in eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2016 Jan;29(1):77-83.
2. Atiye M., Miettunen J., Raevuori-Helkamaa A.: A meta-analysis of temperament in eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*. 2015 Mar;23(2):89-99.
3. Magallón-Neri E, González E, Canalda G, Forns M, De La Fuente JE, Martínez E, García R, Lara A, Vallès A, Castro-Fornieles J.: Prevalence and severity of categorical and dimensional personality disorders in adolescents with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*. 2014 May;22(3):176-84.

Ponencia 4:

### **“Programa multidimensional de intervención sobre la imagen corporal”**

*Godrid García, Mónica*

*Psiquiatra. Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.*

*Filiación: Licenciada en Medicina, especialista en Psiquiatría, Adjunta de Psiquiatría, Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona*

#### **RESUMEN**

##### **Introducción**

Dentro los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) destacan, por su gravedad, la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN) y los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE). Como núcleo psicopatológico común, comparten la Insatisfacción con la Imagen Corporal (IIC). Sin embargo, hay una sorprendente escasez de programas de intervención específicos sobre ésta. Así, en una revisión bibliográfica reciente realizada por nuestra Unidad, se encontraron sólo 18 publicaciones en las que se reseñaran estudios con grupo control.

Elaboramos pues un programa de intervención específico que pretende abordar las 3 dimensiones que, según el modelo de Thompson, tiene el constructo de la imagen corporal (la perceptiva, la afectivo-cognitiva y la conductual). Se estructuró finalmente en 8 sesiones que se impartieron a lo largo de 5 semanas, y que incluían:

- Psicoeducativo sobre la imagen corporal
- Alfabetización en media
- Distorsiones cognitivas y reestructuración
- Autoestima e impacto excesivo sobre la misma de la imagen corporal
- Relajación mediante respiración lenta y técnicas de mindfulness
- Exposición a conductas evitadas debido a la IIC. Exposición en imaginación a su aspecto físico con uso de técnicas de terapia de aceptación

##### **Objetivo**

Evaluación pivotal del programa sólo con grupo clínico. Los objetivos específicos se centran en evaluar la eficacia sobre la IIC, el resto de la sintomatología propia del TCA, y la psicopatología ansiosodepresiva asociada

##### **Material y métodos**

###### **Participantes**

Se incluyeron a 8 pacientes ingresadas en la Hospitalización Parcial (HP) de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) del Hospital de Sant Joan de Déu (HSJD) de Barcelona

###### **Evaluación**

Se realizó antes y después de la aplicación del módulo. Se utilizaron las siguientes escalas: EDI-3, Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ), Test de Siluetas para Adolescentes (TSA), STAI, BDI-II y Escala de autoestima de Rosenberg

###### **Resultados**

No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las escalas en la muestra general. No obstante, en el subgrupo de AN-restrictiva (ANR) sí que había una disminución significativa ( $p=0.035$ ) en la subescala del EDI-3 de Obsesión por la delgadez, junto con un aumento, también significativo ( $p=0.013$ ), en la subescala del Ascetismo

###### **Conclusiones**

No obstante no haber hallazgos significativos, creemos que esto es atribuible al pequeño tamaño muestral. El programa parece mostrar eficacia en adolescentes con ANR para disminuir la preocupación por el peso y la figura corporal; interpretamos el aumento del ascetismo como relacionado con la vivencia de pérdida de control que experimentan al estar en fase de recuperación ponderal en el programa terapéutico de nuestra Unidad

#### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Bhatnagar KA, Wisniewski L, Solomon M, Heinberg L. Effectiveness and feasibility of a cognitive-behavioral group intervention for

- body image disturbance in women with eating disorders. *J Clin Psychol.* 2013 Jan;69(1):1-13
2. Catalan-Matamoros D, Helvik-Skjaerven L, Labajos-Manzanares MT, Martínez-de-Salazar-Arboleas A, Sánchez-Guerrero E.
  3. A pilot study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patients with eating disorders: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil.* 2011 Jul;25(7):617-26

---

## INTEGRANDO MIRADAS EN HOSPITALIZACIÓN DE CORTA ESTANCIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

*Moderador: Ruiz Lázaro, Pedro Manuel*

*Profesor asociado de psiquiatría. jefe de sección de psiquiatría del niño y adolescente hospital clínico universitario Lozano Blesa de Zaragoza I+CS pmruiz@aragon.es*

---

Ponencia 1:

### “Epidemiología y diagnóstico enfermero en la unidad de corta estancia infanto-juvenil de Aragón”

*Laguna Rodrigo, Raquel; Ruiz Lázaro, Pedro Manuel\**

*ENFERMERA SALUD MENTAL. MASTER EN SALUD PÚBLICA. raquel.laguna@hotmail.com*

*\*Profesor asociado de psiquiatría. jefe de sección de psiquiatría del niño y adolescente hospital clínico universitario Lozano Blesa de Zaragoza I+CS pmruiz@aragon.es*

---

### RESUMEN

**Introducción:** Los trastornos mentales en niños y adolescentes son un gran desafío para la Salud Pública. Aproximadamente el 20% de estos presenta un diagnóstico psiquiátrico. Las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica del niño y del adolescente son dispositivos que evalúan e intervienen de forma intensiva en niños y adolescentes con problemas de salud mental graves y/o complejos, que no pueden abordarse en un dispositivo comunitario

Los casos más graves pueden precisar ingreso para intervenir en crisis agudas, reagudizaciones, lograr su estabilización o para estudio diagnóstico. La U.C.E. de hospitalización de Psiquiatría Infanto-Juvenil tiene responsabilidades suprasectoriales al atender a pacientes de toda la Comunidad Autónoma menores de 18 años (unos 225.000) que requieren ingreso psiquiátrico agudo o programado.

**Objetivo** principal: analizar la prevalencia de los

distintos trastornos psiquiátricos y diagnósticos enfermeros en la Unidad de Corta Estancia Infanto-juvenil de referencia para la Comunidad autónoma de Aragón desde su apertura en mayo del 2013 hasta mayo del 2016.

**Metodología:** Se elaboró un estudio descriptivo, observacional, transversal en la unidad de corta estancia de hospitalización infanto-juvenil del Hospital Clínico de Zaragoza. La muestra estuvo compuesta por 375 pacientes. Se realizó un análisis descriptivo de las variables estudiadas, estratificándolas posteriormente por sexo y edad, así como, un análisis de regresión logística para comprobar la existencia de asociación entre las variables y los diagnósticos médicos y enfermeros principales.

**Resultados:** El 68,3% fueron pacientes mujeres con una mediana de edad de 15 años, cuyo diagnóstico médico principal estaba agrupado en el apartado CIE-10 “F40-49: Trastornos neuróticos secundarios a

situaciones estresantes y somatomorfos” (23,5%) y cuyo diagnóstico enfermero principal estaba englobado en: “Dominio de salud 1: Promoción de la salud” (47,7%). Además, se encontraron diferencias en la frecuencia de los diagnósticos médicos y los diagnósticos enfermeros al estratificarlos por sexo. Y se observaron asimismo diferencias estadísticamente significativas importantes al estratificar por edad.

**Conclusiones:** Se han encontrado asociaciones estadísticamente significativas entre las variables estudiadas en los menores de 18 años y la presencia tanto

de los diagnósticos médicos, como de los diagnósticos enfermeros principales.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jiménez Pascual AM. Dispositivos de internamiento terapéutico para patología mental grave en niños y adolescentes. Rev Asoc Esp Neuropsiq [Internet]. 2004 [Consultado 2016 Mar 19]; (89): 167-186. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352004000100011&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000100011&lng=es)

#### Ponencia 2:

#### “Aportaciones del aula hospitalaria a los alumnos ingresados en la UCE”

*Blanco, Pablo;*

*\*Zapata Usabel, Maite Aranzazu*

*Profesor de secundaria atención domiciliaria uce de psiquiatria infanto-juvenil hospital clinico universitario Lozano Blesa de Zaragoza*

*\*Profesor asociado de psiquiatria. responsable de hospitalizacion corta estancia uce de psiquiatria infanto-juvenil hospital clinico universitario Lozano Blesa de Zaragoza*

#### RESUMEN

**Introducción:** los profesores son necesarios en las unidades de hospitalización psiquiátrica infanto-juveniles para mantener el progreso en la formación del paciente durante su ingreso, coordinarse con los recursos educativos y dar una estructura más normalizada al día. Dentro de la plantilla se debe incluir profesores para apoyo académico, coordinados con el centro académico de referencia y que planifiquen un retorno al alta. Son fuente importante de información sobre el funcionamiento y los progresos clínicos del niño, al que observan en un contexto más normalizado. En la mayor parte de los programas se incluye alguna forma de abordaje educativo formal.

El aula hospitalaria de la UCE surge el curso 2013-14 para cubrir las necesidades y resolver los problemas de escolaridad de niños y adolescentes que durante un tiempo, más o menos prolongado, dejan de acudir a clases de un modo regular. Además de atender escolarmente a los alumnos hospitalizados se trata de prevenir y evitar una posible marginación.

**Método:** De los 510 pacientes ingresados en la UCE han sido vistos por el aula hospitalaria 360. La diferencia es debida a los casos de retraso mental grave, los periodos vacacionales y la ausencia de aula hospitalaria durante los primeros meses de funcionamiento. Se mantiene una relación bidireccional con los centros educativos tratando de mantener el derecho a la evaluación continua de los alumnos matriculados. En aquellos alumnos que durante meses o años han estado fuera del sistema educativo se trata de volver a ligarlos al mismo.

**Resultados:** A los alumnos escolarizados se les ha suministrado y facilitado la realización de las tareas y exámenes que se realizaban en sus centros escolares. Los alumnos han vuelto a sus centros con el 95 % de exámenes realizados y al menos manteniendo sus calificaciones anteriores al ingreso.

En aquellas patologías con problemas de escolarización (TC 26 %, aislamiento 5,9 %, sin escolarizar 5,9 %) se han mantenido reuniones interdisciplinarias, buscado áreas y niveles de formación asequibles y facilitando su vuelta al sistema educativo.

**Conclusiones:** El aula hospitalaria es un excelente puente de unión entre el ámbito educativo y sanitario. Brinda continuidad educativa, permite al paciente durante el ingreso centrarse en aspectos más comunes para su edad. Además el ambiente algo más normalizado en el que se imparte las clases, en las que se relacionan con iguales, permite un punto de vista diferente que es otra fuente de valoración tanto en la orientación diagnóstica como terapéutica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Petti TA. Recursos terapéuticos: ingreso hospitalario, hospital de día. Centros residenciales.

Em: Wiener JM, Dulcan MK, Eds. Tratado de Psiquiatría de La infancia y La adolescência. Barcelona: Masson, 2006.pp1077-1098.

2. Jiménez Pascual AM. Coordinación entre dispositivos de educación y salud mental infanto juvenil. Rev Asoc Esp Neuropsiq. [Internet]. 2005 [Consultado 2016 Mar 19]; (96): 129-139. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n96/v25n4a08.pdf>

---

## Ponencia 3:

### “El trabajador social en la unidad de corta estancia de psiquiatría infanto juvenil hospital clínico Zaragoza”

*Eva Maria Garcés Trullenque emgarcest@yahoo.es*

*Profesora Asociada Trabajadora Social UCE Hospital Clínico Zaragoza*

*Nerea López Lázaro*

*Trabajadora Social Master Trabajo Social en Salud Mental*

---

## RESUMEN

**Introducción:** La evaluación de los menores ingresados con trastornos que afectan gravemente su desarrollo e integración social, debe incluir la valoración social y del contexto familiar. Desde el momento del ingreso, la trabajadora social realiza la historia social del paciente, lo que permite el conocimiento de las interacciones existentes en los distintos contextos: social, educativo, familiar, económico y cultural.

**Método:** Durante la hospitalización de los menores, la trabajadora social ofrece acompañamiento, tratamiento social y orientación adaptados a la situación de cada menor y de cada familia. Priorizamos aquellos casos cuyas familias se encuentran en una situación de mayor fragilidad, se enfrentan a patologías graves que provocan un fuerte impacto en la familia y situaciones de riesgo social

La trabajadora social a lo largo del ingreso hospitalario desempeña las siguientes intervenciones:

Atención social al paciente hospitalizado, optimizando

situaciones problemas mediante la valoración, gestión y/o derivación de recursos, procurando apoyo psicosocial al paciente y familia facilitando su reinserción en la vida social.

Aportar los datos sociales al Diagnóstico Integral del paciente, evaluando su situación psicosocial, contexto familiar y cultural

interviene sobre la problemática sociofamiliar y establece la coordinación con las instituciones sociales, educativas y sanitarias, para garantizar la continuidad de cuidados del paciente desde el ingreso en el hospital hasta la vuelta al domicilio

Apoyo y orientación a familiares y representantes legales de los menores con trastornos mentales.

**Resultados:** de un total de 117 ingresos en UCE de Psiquiatría Infanto-Juvenil de marzo a noviembre de 2016 el trabajador social intervino en 47 (un 40,17%), La media de intervenciones por caso atendido en UCE es de 12 (entrevistas paciente, familiares, reuniones de equipo y de red, coordinación externa...). Al ser de referencia

para toda la comunidad autónoma la mitad de ingresos (48,94%) no son del área por lo que es necesaria una valoración ágil durante su estancia, intervención en crisis y coordinación de la red social y sanitaria al alta.

**Conclusiones:** El trabajador social participa en el tratamiento intensivo en la Unidad de Corta Estancia para conseguir que la reintegración del menor lo más rápidamente posible a su medio habitual, una vez que se hayan restablecido las condiciones necesarias para continuar el tratamiento en régimen ambulatorio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sabina Romeu B, María Sáez Z, Fuentes García ML, Hernández Muñoz NI, Sarmiento García D. Morbilidad de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil de Cienfuegos. Medisur. [Internet]. 2010 [Consultado 2016 Mar 19]; 8 (1): 8-12. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2010000100003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2010000100003&lng=es).

## Ponencia 4:

### “Nuestra experiencia en una unidad de hospitalización de corta estancia infanto-juvenil”

*Dra Rebeca Gracia Liso [rgracia@tauli.cat](mailto:rgracia@tauli.cat)*

*Coordinadora Planta Hospitalización Psiquiátrica Infantojuvenil. H. Parc Taulí Sabadell.*

*Dra. Lorena Marín Alcaraz*

*Psiquiatra del niño y adolescente. . H. Parc Taulí Sabadell.*

## RESUMEN

**Introducción** Desde Marzo del 2016, en relación a las necesidades asistenciales del área de referencia del Vallés Occidental (160.000 niños), se pone en marcha la ampliación de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto Juvenil de la Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí de Sabadell, con un total de 10 camas. El ingreso, debe aunar un conjunto de intervenciones médicas y psicológicas integradas y coordinadas durante un tiempo limitado, retornando al paciente a los recursos de tipo comunitario tan pronto como la crisis aguda sea resuelta.

**Metodología:** Se elaboró un estudio descriptivo, observacional, transversal en la unidad de corta estancia de hospitalización infanto-juvenil de del Hospital Parc Taulí de Sabadell, con el objetivo de realizar un análisis de los datos del primer año de funcionamiento. La muestra estuvo compuesta por el número de pacientes totales desde que se puso en marcha la unidad que son un total de 215. Se realizó un análisis descriptivo de las variables estudiadas.

**Resultados:** El 60.1% de la muestra fueron chicas, con una edad media de 14 años. La estancia media se mantiene muy por debajo de 18 días (13.23 días), con

un 1.9% de reingresos. Los motivos de ingreso más frecuente fueron las alteraciones conductuales (43%), seguido de la Ideación autolítica (16%) y Tentativas autolíticas (13%). La procedencia de la mayoría de los ingresos fue desde el servicio de Urgencias (57%). El perfil de la patología de la sala de hospitalización, se distribuye de forma que los trastornos de conducta como primer diagnóstico es el grupo más prevalente (23%), seguido de los trastornos del espectro del autismo (16%), y en tercer lugar los trastornos adaptativos. El grupo de pacientes con trastornos más graves (ttnos psicóticos y TEA) representan el 25% de los ingresos. Se realizó intervención por parte de la Trabajadora Social en un 59.5% de los casos. La derivación al alta, en su mayoría fue a CSMIJ (66.4%), seguido de HDA (29.4%).

**Conclusiones:** La unidad de hospitalización psiquiátrica infantil supone un recurso necesario en situaciones en crisis que necesita de la coordinación y trabajo interdisciplinar entre los diferentes profesionales (y que debe apoyarse en los recursos comunitarios (Hospitales de Día, Consultas Externas, Aulas USEE; Aulas de Escolarización Compartida y programas específicos -como el programa Código Riesgo Suicidio-), para realizar una intervención rápida y eficaz y garantizar

126

el retorno del paciente a la comunidad de forma adaptada a su nivel de funcionalidad y a las necesidades individuales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jiménez Pascual AM. Dispositivos de internamiento

terapéutico para patología mental grave en niños y adolescentes. Rev Asoc Esp Neuropsiq [Internet]. 2004 [Consultado 2016 Mar 19]; (89): 167-186. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352004000100011&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000100011&lng=es).

---

## MIRADAS SISTÉMICAS EN LA INTERVENCIÓN CON NIÑOS, ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS

*Moderador: Kreuz Smolinski, Annette*

*Directora Centro Fase 2, Supervisora Docente de Terapia Familiar, Psicóloga clínica, fasedos@ctff-fasedos.com*

---

Ponencia 1:

### “Hijos y padres nacen a la vez “ Las circularidades complejas en las familias vistas desde el Enfoque Fásico”

*Kreuz Smolinski, Annette*

*Directora Centro Fase 2, Supervisora Docente de Terapia Familiar, Psicóloga clínica*

---

## RESUMEN

La el entorno familiar positivo es vital para el desarrollo biopsicosocial adecuado de los seres humanos : los fenómenos complejos epigenéticos así lo demuestran cada vez mas. No hay salud mental y física sin salud mental básica en los padres. Esta compleja interdependencia circular entre padres e hijos es la base para nuestro modelo. La Terapia Familiar Fásica es una forma de intervención sistémica, transcultural, integrativa, irreverente y fractal. En el se integran distintas escuelas psicoterapéuticas, apoyándose expresamente en la investigación en psicoterapia sobre la eficiencia y la eficacia de nuestras intervenciones.

El nombre “fásico” viene del proceso habitual en terapia, que se sigue y que se caracteriza por 3 fases interrelacionadas pero diferenciadas por indicaciones e contraindicaciones de técnicas de intervenciones específicas. ( ( C. Gammer ) La Fase de Resolución, la Fase de Extensión, y la Fase de Intimidad.

La Fase de Resolución focaliza en lo que trae la

familia o pareja como queja principal o síntoma y se centra en disminuir o hacer desaparecer aquellas pautas de comportamiento que mantienen el nivel de disfuncionalidad alto.

La Fase de Extensión, una vez logrado la disminución del síntoma inicial, se ocupa de la prevención de recaídas en la persona identificada como paciente o cliente y en otros miembros de la familia al igual que de todos los temas de la convivencia familiar que no estaban relacionadas de manera primordial con los síntomas iniciales. Ejemplos serían las relaciones con las familias de origen, apoyo en situaciones de crisis, relación entre hermanos etc..

La Fase de Intimidad constituye nuestro modelo de Terapia de Pareja.

Cada nueva fase se suele negociar con los padres, muchas familias terminan después de la Fase de Resolución y/o Extensión, pero cada vez mas la demanda se extiende a Terapia de Pareja.

Aunque el enfoque sistémico y la terapia familiar

nacieron a mediados del siglo pasado, podemos afirmar que sin duda nuestra forma de intervención pertenece a las llamadas “ Terapias de Tercera Generación”. La cualidad común de estas formas de intervención es que están centradas en el aprendizaje de nuevas habilidades dirigidas a aceptar lo que no se puede cambiar y a cambiar lo que es susceptible de cambio. Están orientadas a la consecución de metas vitales, y no focalizan en las deficiencias o patologías, sino que las tienen en consideración en su justa medida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Family Process (2016), 55 Vol 3 : Special Issue: Empirically Supported Treatments in Couple and Family Therapy
2. Kreuz, A. (2016) Paciente, Cliente y Persona: El terapeuta y la Justa distancia relacional en el Modelo Fásico . Revista Mosaico, 63 (marzo) 64-69.

## Ponencia 2:

### **“Arte o Muerte: Intervención psicoterapéutica con supervivientes de abuso sexual en la infancia y adolescencia”**

*Esperanza García Cuenca, Psicóloga, Master en Psicología Clínica y Salud, Master en Terapia Familiar Sistémica, Terapeuta de Familia y Pareja, (acreditada por FEATF), Psicoterapeuta (acreditada Irene Aguilar Alagarda; por FEAP), Supervisora Docente (acreditada por FEATF); Terapeuta EMDR.*

*Irene Aguilar Alagarda, Licenciada en Psicología, Psicóloga Clínica, Licenciada en Filosofía y Letras (Sección Ciencias de la Educación), Terapeuta de Familia y Pareja, (acreditada por FEATF), Psicoterapeuta (acreditada por FEAP), Supervisora Docente (acreditada por FEATF); Terapeuta EMDR.*

## RESUMEN

Los datos relacionados con situaciones de negligencia maltrato y abuso en la infancia, son descorazonadores y más aún, porque sabemos que reflejan sólo una pequeña parte de una realidad negada y silenciada.

La agresividad innata en interacción con la cultura y el uso del poder, desata la violencia. Violencias pequeñas, grandes violencias. Violencias públicas y violencias privadas, íntimas. Ambas dañan la esencia misma de lo que nos hace ser humanos, el espíritu y el desarrollo de quien la ejerce y de quien la sufre. La confrontación entre sujeto (merecedor de derechos y responsabilidades) y objeto (instrumento mediante el que conseguimos otra cosa) está presente siempre en los juegos violentos y acrecienta su potencial dañino. Horrores hay muchos. Nos acercamos a un mundo encajado en un laberinto sin salida, poblado de monstruos y pesadillas. Trabajar con violencia sexual en la infancia es un trabajo con altos riesgos químicos, precipitación, disolución e inducción son algunos de los más obvios pero hay más muchos más.

Nos centraremos en las secuelas asociadas al abuso

sexual en la infancia y más concretamente en el abuso sexual intrafamiliar.

Pacientes con patologías asociadas importantes, frecuentemente con graves síntomas somáticos que ponen en las reacciones corporales y actitudes disfuncionales palabras silenciadas. "Es difícil callarse, pero es posible no decir". (Cyrulnik, 2011).

Nuestra propuesta de intervención terapéutica se basa en el íntimo convencimiento de que si la relación dañó, la relación curará. El inicio del contacto necesita ante todo esperanza y creatividad, desde ahí diseñaremos las intervenciones; y también desde los parámetros asociados a la creación artística nos acercaremos a los momentos singulares en terapia. Encontramos para hacerlo la única forma que también necesitan nuestros pacientes para salir del camino de la muerte de la personalidad: el arte puro desde la energía de la función estética que impulsa desde lo más profundo del ser la expresión liberadora de la libertad y la creatividad.

Utilizaremos el arte desde distintas perspectivas: como factor de resiliencia, como técnica, pero ante todo como forma de salir del camino de la muerte. Muchas

situaciones provocan representaciones que no se pueden compartir... El arte, la escritura, la pintura, la música... cualquier representación expresa la emoción dándole una forma artística que permite una relación íntima con extraños, posibilitando que el arte grite lo no dicho.

---

## Ponencia 3:

### “Vinculaciones familiares difíciles: Adolescentes en riesgo”

*Casas García Carmen*

*Doctora en Psicología, por la Universidad de Valencia.*

---

#### RESUMEN

Cuando en un periodo crítico de cambio, como la adolescencia, afloran necesidades básicas no cubiertas en ésta o en edades más tempranas, la posibilidad de avanzar y pasar al siguiente momento evolutivo se hace ardua y necesitada de intervenciones específicas.

Las características diferenciadoras de la adolescencia son: interés por buscar la novedad, la implicación social, la intensidad emocional y la exploración creativa.

Pero el adolescente no podrá llevar a cabo estas tareas con cierto éxito si los procesos de desarrollo cerebral no son los adecuados.

El adolescente necesita poner a prueba la “consistencia de su nido” para poder partir.

Procesos no concluidos durante la niñez y de los propios padres, se lo pueden impedir.

Si durante la infancia el niño es sometido a situaciones muy estresantes de manera continuada especialmente, la formación del cerebro se verá afectada en forma de disminución de conexiones neuronales.

Cuando se padece un trauma de desarrollo (Van der Kolk, 2005) o trauma relacional la memoria que se activa es la emocional (que no es capaz de ubicar los acontecimientos traumáticos y situarlos en el pasado: el niño lo vive como si dichos acontecimientos estuviesen ocurriendo de nuevo en ese mismo momento). Se desatan, entonces, respuestas que ante el trauma del pasado tuvieron valor de adaptación: correr o pelear. Y si no pudo, entonces aparece la disociación. A veces, los bebés y los niños pequeños reaccionan (dependiendo del

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boris Cyrulnik, Morirse de vergüenza. El miedo a la mirada del otro. (2011) Edit. Debolsillo.

grado de shock que sufran) con el mecanismo de defensa más temprano, volviéndose temporalmente “psicóticos”. Éste es a veces el único camino que tiene el niño para sobrevivir al peso del estrés, sin morir.

Nuestra principal labor consistirá en poder “leer” sus conductas, lo no dicho, poder tolerar y gestionar sus sentimientos dolorosos y de ambigüedad, sostener los problemas emocionales propios de un apego inseguro en los padres, para que puedan estar lo suficientemente seguros de manera que se transformen en la base firme que el niño/adolescente va a necesitar.

La terapia puede ser una oportunidad reparadora y generadora de historias de apego seguro a través de la creación de situaciones de seguridad,

Esto permitirá que las figuras de apego aprendan a contener el dolor inevitable del adolescente para que éste restablezca la confianza en el otro y que mitigue heridas del pasado que son siempre presente.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Casas, C. (2016). “El problema: las tres “As”: adopción, adolescencia y apego. La solución: intervenciones sistémicas. En Mosaico 64, 44-53.
2. Casas, C. y Pérez-Manglano, B. (2015). “Cuando sé dónde estoy y quién soy contigo, te encuentro más rápido”: Lo transgeneracional del terapeuta familiar”. En Mosaico 60, 96-110
3. Kreuz, A. y Casas, C. (2013). “La resiliencia en niños”. En Duelo y Escuela. Educar en el sentido ante la pérdida.

## MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN EL SISTEMA EDUCATIVO EN CATALUNYA: TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO

*Moderadora: Montse Pàmias Massana*

*Licenciada en Medicina por la Universidad de Navarra.*

*Especialista en Psiquiatría.*

*Jefe de Servicio de Psiquiatría Infantil i Juvenil. Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell (Barcelona)*

*Presidenta de la Societat Catalana de Psiquiatría Infanto-Juvenil*

*Profesora en la Universitat Autònoma de Barcelona y Universitat Internacional de Catalunya. Areas de interés*

*asistencial y publicaciones científicas: TDAH, autismo, trastornos del estado de ánimo en niños y adolescentes. Gestión y recursos de psiquiatría comunitaria. Trabajo interdisciplinar con psicología y educación.*

*E-Mail: mpamias@tauli.cat*

### Ponencia 1:

#### **“Intensidades de soporte en el sistema educativo: Recursos y coordinación”**

*Rosa Maria Calmet Sangenis. Inspectora d'educació dels Serveis Territorials del Vallès Occidental. (Sabadell)*

*Coordinadora de la àrea de Diversitat i Orientació de la Subdirecció General de la Inspecció Educativa del Departament d'Ensenyament.*

*Diplomada en profesorado de educación primària*

*Licenciada en Ciencias de la Educación.*

### RESUMEN

*1. ¿Marco conceptual del Departament d'Ensenyament?*

Los enfoques que se realizan desde el Departament d'Ensenyament han tenido en cuenta las directrices y normas europeas e internacionales[1] y la evidencia proporcionada por la tradición pedagógica desplegada a Cataluña, que han sido concretados en una normativa que propone un plan de estudios competencial en todas las etapas educativas y una evaluación ajustada a este nuevo enfoque.

Al mismo tiempo, pone especial relevancia en unos paradigmas totalmente consolidados:

Ø Evolución del concepto de discapacidad

Ø Complejidad y diversidad

Ø Personalización del aprendizaje

Ø Redes

*2. ¿Principios que deben regir las acciones de los centros?*

- El reconocimiento de la diversidad como un hecho universal
- El sistema inclusivo como la única mirada posible para dar respuesta a todos los alumnos

*3. La respuesta a la intervención: criterios de organización de las medidas y ayudas que tiene el centro para atender las necesidades de los alumnos.*

130

#### 4. Medidas y apoyos [2]

- Las medidas y apoyos universales .
- Medidas y apoyos adicionales
- Las medidas y apoyos intensivos

#### 5. ¿Cómo identificar las necesidades específicas de apoyo educativo?

Evaluación formativa y formadora: evaluación de aprendizaje.

Evaluación calificadora

Evaluación psicopedagógica

#### 6. El trabajo en red

Identificación de los elementos de la red del centro

Coordinación con agentes externos que promueven el trabajo en red y la atención integral de los alumnos.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marc normatiu a Catalunya: Llei d'Educació de Catalunya (2009), Ofensiva de país a favor de l'èxit escolar (2012-2018), Decrets de currículum: educació primària, educació infantil, Ordre d'avaluació, Documents d'organització i gestió del centre, curs 2016-2017. Directrius europees i

internacionals: - UNESCO: Repensar l'educació: vers un bé comú mundial? (2015); Directrius sobre polítiques d'inclusió en l'educació (2009) - Comissió europea (2009): Estratègia Europa 2020 és un programa marc de la Unió Europea per al creixement intel·ligent, sostenible i integrador per a l'any 2020

2. Extret dels Documents per a l'organització i la gestió dels centres. Curs 20162-017 i de De l'escola inclusiva al sistema inclusiu. Una escola per a tothom i un projecte per a cadascú. Orientacions per a docents i professionals d'atenció educativa dels centres d'educació infantil, primària, secundària obligatòria i postobligatòria i dels serveis educatius (desembre 2015) Participación y corresponsabilidad
3. Trabajo en equipo y formación del profesorado.
4. Personalización del aprendizaje: un diseño para todos
5. Igualdad de oportunidades para que cada alumno pueda lograr las metas educativas
6. (<http://ensenyament.gencat.cat/web/.content/home/departament/publicacions/colleccions/inclusio/escola-inclusiva.pdf>)

Ponencia 2:

### **“Intervención Psicológica Del Trastorno Del Espectro Del Autismo en Unidades Específicas (USEE) En Centros Educativos Ordinarios”**

*Eulàlia Piera Pinto. Psicóloga Adjunta del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) del Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell, Barcelona.*

*Coordinadora del Programa de atención de Salud Mental en las Unidades Específicas (USEE) y Centros de Educación Especial específicas para Trastorno del Espectro del Autismo.*

*Profesora Asociada en el Departamento de Psicología Clínica y de la Salud de la Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona (UAB).*

#### **RESUMEN**

El Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo de presentación clínica variada y compleja. Se trata de un trastorno altamente heterogéneo en parte, debido a la variabilidad de la manifestación de los síntomas nucleares, desarrollo, edad, sexo, etiología y diferentes comorbilidades asociadas. Por otro lado, en los últimos años ha incrementado la prevalencia de niños diagnosticados con TEA, los estudios epidemiológicos realizados en Europa, apuntan una prevalencia de aproximadamente 1 caso de TEA por cada 100 nacimientos (Autism-Europe aisbl 2015). Concretamente en Cataluña en el año 2012 se atendió en los Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) 3876 casos de personas diagnosticadas con TEA, que supone un incremento del 340% de los pacientes atendidos con este diagnóstico desde 2006 (Generalitat de Catalunya, 2013).

Pocas son las intervenciones que demuestren una eficacia en la mejoría de la manifestación del trastorno, las más efectivas se caracterizan por aplicación precoz, intervención estructurada e intensiva y la participación de la familia y de los principales educadores. (Sociedad Americana de Autismo, 1998; Sigman y Capps, 2000;). Las intervenciones eficaces cada vez están más focalizadas en los entornos naturales y comunitarios del niño (Schreibman, L. et al, 2015).

El incremento de prevalencia de este trastorno del neurodesarrollo, la variabilidad fenotípica de su presentación y las intervenciones focalizadas en entornos naturales “obliga” a los profesionales clínicos a desplazarse a los diferentes tipos de centros escolares y asesorar sobre la intervención psicológica “in situ”, coordinarse y valorar el seguimiento del paciente.

En esta ponencia se presenta el programa de soporte a las aulas USEE en centros escolares ordinarios, que pretende asesorar y coordinar una intervención comunitaria e integral. En nuestro territorio (Vallés Oriental, Barcelona) está funcionando desde finales del año 2007 y desde el año 2013 que está enmarcado en el Plan de Atención Integral TEA desarrollado por Servicios Sociales, Salud y Educación del gobierno de la Generalitat de Catalunya.

Se realizará un análisis descriptivo del momento actual del programa. Describir que técnicas específicas para el tratamiento del autismo que se implementan en el centro escolar, así como los Sistemas Aumentativos de Comunicación (SAC), método TEACCH (Treatment and Education of Autistic related Communication Handicapped Children) y técnicas cognitivo-conductuales. La dedicación y la intervención de los diferentes profesionales que están con el alumno, desde profesores de educación especial, equipo psicopedagógico, equipo directivo e inspectores.

La variabilidad fenotípica del trastorno supone que la mayoría de nuestros pacientes estén escolarizados en centros escolares ordinarios o con el recurso USEE. Existen 26 centros escolares ordinarios con USEE en Vallés Oriental, de los que se asesoran 20. Se atienden a 152 pacientes de los cuales el 40% presentan diagnóstico TEA de gravedad moderada, el 27% TEA de alto funcionamiento, el 14% TEA de gravedad elevada y pre-verbales. El 19% de pacientes restantes presentan otros diagnósticos como Trastorno Generalizado del Desarrollo y Trastorno Pragmático Social. Un 48,68% de los pacientes presentan trastornos comórbidos asociados. El nivel de escolarización se distribuye: 30% de los pacientes en educación infantil de 3 a 5 años. El 41 % están en primaria y el 29 % en ESO y solo 1 alumno con TEA dentro del programa está realizando bachillerato.

Estos y otros datos, demuestran que el crecimiento del programa soporta las teorías actuales sobre intervenciones comunitarias en el entorno natural y en las escuelas de niños con Trastorno del Espectro del Autismo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Generalitat de Catalunya. Plan de Atención Integral a Personas con Trastorno del Espectro del Autismo (TEA). (2013) [http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home\\_canal\\_salut/professionals/temes\\_de\\_salut/salut\\_mental/documents/pdf/pla\\_tea\\_2012.pdf](http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/salut_mental/documents/pdf/pla_tea_2012.pdf)
2. Schreibman, L. et al. "Naturalistic Developmental Behavioral Interventions: Empirically Validated Treatments for Autism Spectrum Disorder." *Journal of Autism and Developmental Disorders* 45.8 (2015): 2411–2428. PMC. Web. 19 Jan. 2017.
3. Sigman M. y Capps L. Niños y niñas autistas: una perspectiva evolutiva. Ediciones Morata; 2012.
4. Stevens M. et al. Prevalence of the autism spectrum disorders (ASDs) in multiple areas of the United States, 2000 and 2002. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2007.

---

### Ponencia 3:

#### **“Los niños con autismo en las aulas específicas de intensidad de soporte ”**

*Núria Reina López. Psicóloga Especialista en Psicología Clínica del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) del Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell, Barcelona*

*Referente del programa de atención clínica del programa MAPA (Unidad de Escolarización Compartida – UEC-Específica de Trastorno Mental Grave) y de atención al Aula Integral de Soporte (AIS).*

---

## RESUMEN

Dentro de los Trastornos Mentales Graves (en adelante TMG) podemos englobar un conjunto de trastornos mentales que interfieren severamente en la vida de la persona y por lo tanto en el ámbito escolar en el caso de los niños y adolescentes. Estamos hablando de los primeros episodios psicóticos (Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos), la Depresión Mayor, el Trastorno Bipolar, entre otros, pero también hablamos de los Trastornos del Espectro Autista, especialmente aquellos de mayor gravedad. Aunque muchos de estos niños con TEA, por su discapacidad intelectual asociada, ya inician la escolarización en Centros de Educación

Especial (o bien lo hacen a muy corta edad), hay otros niños que inicialmente pueden cursar con más o menos dificultades su escolarización en un entorno ordinario, pero posteriormente ven multiplicarse estas dificultades (sobretudo en la etapa secundaria) y empiezan a presentar señales claras de desajuste. Al igual ocurre en el resto de patologías que podríamos englobar en los TMG. Para ellos existe la posibilidad de cursar su escolarización en las UEC específicas de trastorno mental que existen en nuestro territorio (Vallés Occidental) o bien en el AIS que ha arrancado este año en Sabadell, como programa piloto.

Los centros con los que contamos en nuestro territorio

reciben atención clínica especializada por parte del CSMIJ. En concreto la UEC Especifica MAPA desde el curso 2014-15 y el AIS desde este curso 2016-2017. Esto supone, desde el punto de vista clínico, que estos entornos se convierten en entornos clínico-educativos o educativo-terapéuticos, pero en un contexto mucho más ecológico, por ser propiamente una escuela y los alumnos están en el aula con el resto de compañeros (aunque en grupos reducidos). Allí pueden recibir atención terapéutica intensiva, los especialistas de educación y los clínicos podemos trabajar de manera cooperativa y coordinada para desarrollar el mejor plan de atención individualizada para los alumnos y para sus familias, y todo ello potencia la eficacia y la eficiencia de ambos abordajes, tanto el educativo como el clínico. En esta ponencia describiremos:

- Características de los recursos mencionados: UEC

y AIS (objetivos, perfiles, edades que comprenden, temporalidad, profesionales que lo componen, actividades que se realizan, relación con los centros escolares ordinarios de referencia, etc...)

- En qué consiste el trabajo conjunto Dpt. D'Ensenyament y CSMIJ
- Las funciones del psicólogo clínico en este tipo de aulas

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gregory L. Lyons, Heartley B. Huber, Erik W. Carter, Rui Chen, and Jennifer M. Asmus (2016) Assessing the Social Skills and Problem Behaviors of Adolescents With Severe Disabilities Enrolled in General Education Classes. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*: July 2016, Vol. 121, No. 4, pp. 327-345.

## MENORES QUE EJERCEN VIOLENCIA FILIO-PARENTAL: CARACTERÍSTICAS Y TRATAMIENTO

*Moderador: Mezquita Gurrea, Pablo*

*Ldo. En Psicología. Experto Universitario "Criminología". Especialista en Terapia Cognitivo-Conductual en la Infancia y Adolescencia.*

*Director de Centros y Programas C. Valenciana. Fundacion Diagrama.*

*pmezquita@diagrama.org*

---

### Ponencia 1:

#### **“Relación entre violencia filio-parental y trastornos de conducta”**

*Joan Aviñó Isern*

*Licenciado en Medicina por la Universidad de Valencia*

*Facultativo Especialista en Psiquiatría.*

*Máster en Ciencias Forenses y Derecho Sanitario.*

*Experto Universitario en Trastorno Bipolar. Universitat de Barcelona.*

*Programa de Doctorado Universidad de Valencia. Proyecto Tesis Doctoral; “Influencia de la progesterona en el perfil psicopatológico de gemelos dicigóticos”. Director; Luis Miguel Rojo Moreno, Jefe Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Catedrático de Psiquiatría. Universidad de Valencia*

*Psiquiatra CAM de FE Anassim*

*Psiquiatra Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant.*

---

### RESUMEN

Se puede entender la violencia filio-parental como cualquier acto de los hijos que provoque miedo en los padres y que tenga como objetivo hacer daño a éstos. Podemos distinguir las siguientes dimensiones: (a) Maltrato físico: pegar, dar puñetazos, empujar, romper y lanzar objetos, golpear paredes, escupir... (b) Maltrato psicológico: intimidar y atemorizar a los padres. (c) Maltrato emocional: engañar maliciosamente a los padres, haciéndoles creer que se están volviendo locos; realizar demandas irrealistas, mentir, fugarse de casa, chantajes emocionales amenazando con suicidarse o con marcharse de casa sin tener realmente la intención de hacerlo... (d) Maltrato financiero: robar dinero y pertenencias a los padres, venderlos, destruir la casa o los bienes de los padres, incurrir en deudas que los padres deben cubrir, comprar cosas que no se pueden permitir...1.

Cottrell y Monk (2004) recogen varios estudios sobre

la extensión de este fenómeno y sus características. Según estos estudios, parece que entre el 9% y el 14% de los progenitores han sufrido en alguna ocasión episodios de agresión física por parte de sus hijos adolescentes<sup>2</sup>. Datos de los EE.UU. informan de una incidencia de entre el 7 y el 18% en hogares de dos progenitores, que se eleva al 29% en los monoparentales (Peek et al., 1985)<sup>3</sup>.

En los últimos años, la estructura familiar, los roles en la misma y las dinámicas familiares se han visto modificadas, en gran parte, como consecuencia de los cambios sociales que se han vivido. En estos procesos de cambio, la familia ha perdido protagonismo como agente activo en el proceso de desarrollo integral de sus miembros. Se atribuye a la falta de valores en la educación, a la falta de respeto, a la búsqueda de recompensa inmediata o al derecho a todo sin apenas responsabilidades como posibles generadores de comportamientos de abuso y maltrato. Varios expertos sobre el tema señalan que las nuevas prácticas educativas

en las que se enfatiza la indulgencia, permisividad y falta de límites son, en parte, responsables de este fenómeno<sup>4</sup>.

De los trastornos mentales descritos en la bibliografía, los cuadros clínicos más destacables tienen que ver con trastornos de inicio en la infancia, del estado de ánimo, de ansiedad o del control de los impulsos. Muy residualmente hay información sobre trastornos de corte psicótico, y en esos casos, están más relacionados con otros delitos más graves. Asimismo, el consumo de sustancias actúa como catalizador de las agresiones<sup>5</sup>.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. COTTRELL, B. Parent abuse: the abuse of parents by their teenage children. The family Violence Prevention Unit Health (2001). Canada.
2. COTTRELL, B. y MONK, P. «Adolescent-to-parent abuse. A qualitative overview of common themes». Journal of Family Issues, (2004). p. 1072-1095.
3. EVANS, E. D. y WARREN-SOHLBERG, L. «A pattern of analysis of adolescent abusive behaviour towards parents.» Journal of Adolescent Research, (1988). 3, 201-216.
4. MCCLOSKEY, L. A. y LICHTER, E. «The contribution of marital violence to adolescent aggression across different relationships». Journal of Interpersonal Violence(2003)., 18, p.390-412.
5. TAMARIT, J. «Menores agresores en el hogar». Congreso sobre violencia de género e intra-familiar (2007). Donostia.

Ponencia 2:

#### “Características de los menores sujetos a medidas judiciales que ejercen violencia en el ámbito familiar”

*Martin Gumersindo, Daniel*

*Doctor en Psicología por la Universitat Jaume I*

*Licenciado en Psicología por la Universitat de Valencia*

*Psicólogo Generalista Sanitario*

*Máster en Psicología Clínica y de la Salud (2004)*

*Psicólogo en Centro de Reeducción de Menores “Pi Gros”, gestionado por Fundación Diagrama*

#### RESUMEN

La literatura científica constata una alta prevalencia de trastornos mentales en la población de jóvenes infractores, particularmente en el grupo de reincidentes, que también protagonizan delitos más graves. Este grupo suele mostrar una compleja combinación de problemas de conducta, que se relacionan con el trastorno disocial, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y abuso de drogas.

El objetivo del presente estudio consiste en analizar la relación entre variables psicopatológicas o necesidades de salud mental y el nivel de riesgo de reincidencia delictiva. Se trata de un estudio transversal en una muestra de 151 adolescentes infractores de ambos sexos (84,1% hombres y 15,9% mujeres), y que se encontraban ejecutando una medida judicial, tanto de internamiento

como en medio abierto, en la Comunidad Valenciana. Del total de la muestra, 24 menores (15,9%) protagonizaron un delito de maltrato familiar, así que analizaremos las características específicas de este grupo de menores en comparación con el resto de la muestra, así como con lo recogido por la literatura especializada.

Los resultados obtenidos confirmaron la validez del IGI-J (adaptación del Youth Level Service/Case Management Inventory), como herramienta de predicción del riesgo de reincidencia. Y por otro lado, las variables psicopatológicas, fueron medidas a través del análisis de las historias diagnósticas, y de los resultados en el inventario clínico MACI. Apreciándose una mayor frecuencia, gravedad y carácter predictivo de las variables relacionadas con necesidades de salud mental en la población de menores infractores que cuentan en su

historial judicial con alta reincidencia, delitos violentos y medidas de internamiento.

Se observa como la mayor reincidencia delictiva se acompaña de mayores necesidades de salud mental, y por lo tanto se recomienda en el ámbito judicial desarrollar en mayor medida la evaluación de estas necesidades, con la finalidad de mejorar su detección y posterior inclusión dentro de los programas individualizados de ejecución de medidas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ley orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.
2. Ley orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores.
3. Martín, D. (2015) Predicción del riesgo de reincidencia y características psicopatológicas de un muestra de menores dentro del sistema de justicia juvenil. Tesis doctoral. Castellón: Universitat Jaume

---

## Ponencia 3:

### “Programa Escuela de Padres: intervención en violencia filio-parental desde los Centros de ejecución de medidas judiciales”

*Gil Almenar, Cristina P.*

*Psicóloga y Criminóloga. Formación específica en Terapia Familiar Sistemática por Dictia Valencia, Master en la Universidad de Sant Pau de Barcelona (2006-2010) y Especializada en Terapia Gestalt Integrativa en la Escuela de Psicoterapia de Valencia (2011-2014). Desde el 2004 y en la actualidad, Psicóloga en Centro de Reeducción de Menores Mariano Ribera, en Burjassot (Valencia). Gestionado por la Fundación Diagrama (Intervención Psicosocial).*

---

## RESUMEN

En la última década se ha percibido un aumento en los Centros de ejecución de medidas judiciales de los menores que ingresan debido a problemáticas relacionadas con la violencia en el ámbito familiar, siendo especialmente significativa la VFP. No se trata de un tipo nuevo de violencia, si no que en el pasado ha podido permanecer más oculta que otras, intentando mantenerla en la esfera privada, como un intento de los sistemas familiares de transmitir una imagen de paz familiar, por sentir culpa, vergüenza, fracaso, por desconocimiento de que hacer, por faltas de estrategias para combatirla, llevándoles a sentirse solos y perdidos. Al convertirse en una problemática tan presente en nuestro quehacer diario, comenzamos a investigar específicamente sus características y el modo más efectivo para intervenir terapéuticamente en ella, incluso cuando tras el inicial estudio psicosocial detectemos que esta presente en un sistema aunque no sea la causa fundamental del ingreso del menor, ya que las dinámicas relacionales y emocionales que genera podrían conllevar fuertes resistencias a cualquier

tratamiento. Tras años de experimentación entendemos que el abordaje de dichos casos es necesario hacerlo desde una visión amplia e integrativa. En numerosas ocasiones percibimos bidireccionalidad y corresponsabilidad, tanto del adolescente (supuesto agresor) como de las figuras parentales, o cuidadores que actúen como tal (supuestas víctimas). Dicha mirada justifica que cuando desarrollamos los programas de intervención y llevamos a cabo su implementación, lo hacemos de un modo sistémico, incluyendo numerosas modalidades terapéuticas, individuales (con el menor y sus padres), familiares (padres y menor), grupales (escuela de padres y escuela de hijos). Destacar que en esta andadura, de una año a otro el programa ha sido revisado, actualizado, llegando a incluir temas muy innovadores que han ido haciéndose significativos, lo que se ha ido reflejando en un aumento de los pronosticos favorables. Por ello, nuestra intención siempre es compartir nuestro trabajo con todos aquellos profesionales que se enfrenten a la labor de acompañar a los sistemas familiares que presenten este tipo de violencia intrafamiliar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Galatsopoulou, E. (2006). El maltrato de menores a sus ascendientes: entre la denuncia y la intervención. Jornadas europeas sobre violencia juvenil.
2. Martínez Díaz I., Gil Almenar C., Mestre Boluda M<sup>a</sup>F., Torres Medina M<sup>a</sup> J. Sembrar vientos... ¿recoger tempestades? La violencia filio-parental un estudio transgeneracional. Mosaico, Febrero 2014, n° 57.
3. Pérez, T. y Pereira, R. (2006). Violencia filio-parental: revisión de la bibliografía. Revista Mosaico, 36, p.10-17.

## Ponencia 4:

### “Trabajo desde el programa de medidas judiciales en medio abierto. “sin la familia no hay hecho y sin la familia no hay solución”

*Gascón Sáez, Inmaculada.*

*Licenciada en Psicología. Postgrado: “Experto universitario en criminología”. Experta en Técnicas Gestálticas. Técnicas gestálticas aplicadas a la infancia y la adolescencia. Máster en Psicología clínica y de la salud. Formación básica en terapia familiar fásica. Formación avanzada en terapia familiar fásica (actualmente en el último curso) Coordinadora del Programa de medidas judiciales de menores sujetos a medidas judiciales en medio abierto. Gestionado por Fundación Diagrama.*

## RESUMEN

Como violencia filio-parental entendemos “las conductas reiteradas de violencia física (golpes, empujones, arrojar objetos), verbal (insultos, amenazas) o no verbal (gestos amenazadores, ruptura de objetos apreciados) dirigida a los padres o a los adultos que ocupan su lugar. Se excluyen casos aislados, relacionados con el consumo, la psicopatología, la deficiencia mental y el parricidio. Pereira (2006)

Se trata de un delito emergente, y se están desarrollando nuevos programas para la prevención. En la mayoría de los casos el servicio de medidas judiciales es el primer contacto con un recurso para trabajar esta problemática, lo que significa que la familia no ha realizado ningún tipo de acción contra su hijo y ha esperado hasta que se ha sentido incapaz de controlar la situación existente a llevar a cabo una denuncia, algo que pocos padres lo viven como agradable, a la vez, que se someten a la vergüenza y al juicio de otros de su labor como padres.

Cuando se trabaja con menores, la familia es un punto esencial, pero en esta clase de delito se hace imprescindible. En un primer momento, la familia se muestra colaboradora y con ganas de solucionar esta situación, sin embargo, este tipo de delito lleva a que la familia sienta que la responsabilidad es sólo del menor,

y que ellos son las víctimas de sus conductas. Si bien, aparentemente puede ser así, podemos observar como las dinámicas familiares que se han dado a lo largo de los años influyen en esta manera de actuar. Por lo tanto, es importante intervenir a nivel familiar desde una causalidad circular, no lineal aunque sea el menor él que está etiquetado como responsable.

En este tipo de familias el conflicto forma parte de su juego relacional, y afecta a todos los miembros del sistema por igual aunque de diferente forma, y todos juegan su papel en la continuidad del mismo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Ley orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.
2. Ley orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores.
3. R. Pereira (2011). Psicoterapia de la violencia filio-parental. Entre el secreto y la vergüenza.
4. Madrid: Ediciones Morata S.L
5. Fishman, H (1989). Tratamiento de adolescentes con problemas. Buenos Aires. Paidós
6. Escudero, V. (2013) La intervención familiar I y II. Junta de Castilla y León.

7. Coletti, M y Linares J.L (2015). La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Ciutat Vella. Barcelona. Paidós Terapia Familiar.
8. Kreutz, A. y Gammer, C. (1993). Intervenciones sistémicas: el modelo de la terapia familiar fásica. Colegio Oficial de Psicólogos de Valencia.
9. Kreutz, A. y Pereira, R. (2009). Terapia Familiar. (Artículo)

---

## PROYECTO INMA (INFANCIA Y MEDIO AMBIENTE): INFLUENCIA DE LOS FACTORES AMBIENTALES Y PSICOSOCIALES EN EL NEURODESARROLLO INFANTIL

*Moderadora: Rebagliato Ruso, Marisa. Lcda. y Doctora en Medicina. Especialista en Pediatría. Profesora Titular de la Universitat Jaume I de Castelló, Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Investigadora en la Unidad Mixta de Investigación en Epidemiología, Ambiente y Salud FISABIO - Universitat Jaume I - Universitat de València. rebaglia@med.uji.es*

---

Ponencia 1:

### “Exposición prenatal a mercurio en la cohorte INMA: factores asociados y efectos en el desarrollo neuropsicológico infantil”

*Llop Pérez, Sabrina. Lcda. en Biología y Doctora en Salud Pública. Investigadora Postdoctoral FISABIO-Salud Pública. Unidad Mixta de Investigación en Epidemiología, Ambiente y Salud FISABIO - Universitat Jaume I - Universitat de València. llop\_sab@gva.es*

*Mario Murcia Hinarejos (Unidad Mixta de Investigación en Epidemiología, Ambiente y Salud FISABIO - UJI – UV), Jordi Sunyer Deu (Instituto de Salud Global, Barcelona), Ana Fernández-Somoano (Departamento de Medicina de la Universidad de Oviedo), Jesús Ibarluzea Maurolagoitia (Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa), Ferran Ballester Díez (Unidad Mixta de Investigación en Epidemiología, Ambiente y Salud FISABIO - UJI – UV)*

---

### RESUMEN

**Introducción:** La vulnerabilidad del sistema nervioso central a los efectos neurotóxicos del mercurio (Hg) se incrementa durante el desarrollo temprano. El objetivo de este estudio es describir la exposición prenatal a Hg en recién nacidos españoles y evaluar los posibles efectos en el desarrollo neuropsicológico a los 14 meses y 4-5 años de edad.

**Métodos:** La población de estudio son niños/as participantes en el proyecto INMA procedentes de las cohortes de Valencia, Sabadell, Asturias y Gipuzkoa (n=1883). El Hg total se analizó en muestras de sangre de cordón umbilical (2004-2008). El desarrollo neuropsicológico se evaluó a los 14 meses mediante la escala Bayley de desarrollo infantil, y a los 4-5 años

de edad mediante la escala McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños/as. La información sobre características de la población de estudio se obtuvo mediante cuestionarios durante el embarazo y la infancia.

**Resultados:** La media geométrica de Hg fue de 8,2 µg/L. El consumo de pescado azul grande, atún en lata y pescado blanco fueron los tipos de pescado que más se asociaron con los niveles de Hg prenatal. Los niveles de Hg en sangre de cordón no se asociaron con las puntuaciones obtenidas por los niños/as en la escala mental ( $\beta=-0,1$ ; 95%CI:-0,68; 0,88) o psicomotora ( $\beta=0,05$ ; 95%CI:-0,68; 0,88) del test Bayley a los 14 meses, sin embargo los resultados estratificados por sexo sugirieron una asociación negativa entre el Hg y la escala psicomotora solo en niñas ( $\beta=-1,09$ ; 95%CI:-

2,21; 0,03). Respecto a la relación entre la exposición prenatal a Hg y las puntuaciones del test McCarthy, se observó una asociación positiva y significativa con casi todas las escalas (escala general cognitiva:  $\beta=1,29$ ; 95%CI: 0,28; 2,31). Sin embargo, esta asociación resultó inversa, aunque no significativa, para los niños/as cuyas madres consumieron menos de tres raciones semanales de pescado.

**Conclusión:** Un elevado porcentaje de niños/as presentaron niveles de Hg por encima de las recomendaciones de la OMS. El principal contribuyente fue el consumo de pescado durante el embarazo, en especial el pescado azul grande. A pesar de estos elevados niveles, no se observó una asociación negativa entre el Hg y el desarrollo neuropsicológico infantil. Sin embargo, ciertos factores como el sexo y el consumo de pescado materno podrían modificar dicha asociación. Se necesita más investigación para poder comprender estas relaciones complejas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramon R, Murcia M, Aguinagalde X, Amurrio A, Llop S, Ibarluzea J, Lertxundi A, Alvarez-Pedrerol M, Casas M, Vioque J, Sunyer J, Tardon A, Martinez-Arguelles B, Ballester F. Prenatal mercury exposure in a multicenter cohort study in Spain. *Environ Int.* 2011;37(3):597-604
2. Llop S, Guxens M, Murcia M, Lertxundi A, Ramon R, Riaño I, Rebagliato M, Ibarluzea J, Tardon A, Sunyer J, Ballester F; INMA Project. Prenatal exposure to mercury and infant neurodevelopment in a multicenter cohort in Spain: study of potential modifiers. *Am J Epidemiol.* 2012;175(5):451-65
3. Llop S, Ballester F, Murcia M, Fornes J, Tardon A, Andiarrena A, Vioque J, Ibarluzea J, Fernández-Somoano A, Sunyer J, Julvez J, Rebagliato M, Lopez-Espinosa MJ. Prenatal exposure to mercury and neuropsychological development in young children: the role of fish consumption. *Int J Epidemiol.* 2016.

## Ponencia 2:

### “Factores sociodemográficos, desarrollo cognitivo y problemas emocionales y de la conducta”

González Safont, Llúcia. Diplomada en Magisterio Infantil, Lcda. en Psicopedagogía, Máster en Psicología y Psicopatología Perinatal e Infantil. Investigadora Predoctoral. Unidad Mixta de Investigación en Epidemiología, Ambiente y Salud FISABIO - Universitat Jaume I - Universitat de València. [gonzalez\\_llu@gva.es](mailto:gonzalez_llu@gva.es)

Mario Murcia Hinarejos, Rosa Cortés Sancho, Clara Rodríguez-Bernal, Ferrán Ballester Díez, Marisa Rebagliato Ruso (Investigadores Unidad Mixta de Investigación en Epidemiología, Ambiente y Salud FISABIO - UJI - UV).

## RESUMEN

**Introducción:** La clase social, el nivel educativo y la situación laboral de los padres son determinantes para el desarrollo psicológico de sus hijos/as, ya que el contexto familiar y sus condiciones sociales determinarán ciertos aspectos de la crianza. Entornos sociales con menor nivel educativo y adquisitivo se asocian, con frecuencia, a menores puntuaciones en los tests de inteligencia y a un mayor número de problemas emocionales y de la conducta<sup>2</sup> durante la etapa infantil. El objetivo de este estudio es evaluar los posibles efectos de los determinantes sociales y del entorno familiar en el desarrollo cognitivo y conductual de los niños en edad escolar.

**Métodos:** El Proyecto INMA (Infancia y Medio

Ambiente) (<http://www.proyectoinma.org/>) es un estudio multicéntrico de cohortes<sup>3</sup>. El reclutamiento de las familias participantes se realizó durante la consulta prenatal de la semana 12 de gestación. Para cada familia, se obtuvo información sobre posición social, nivel educativo y situación laboral durante las sucesivas visitas de seguimiento (embarazo, 1, 2, 5, 7, 9 y 11 años). En el ámbito cognitivo se utilizaron las escalas de McCarthy a los 5 años de edad. En el comportamental se usaron las escalas DSM-IV, Conners para padres (CPRS-R:S) y Child Behavior Checklist (CBCL) a los 5, 7 y 9 años.

**Resultados:** A los 5 años de edad, se observó un menor desarrollo cognitivo<sup>4</sup> y más síntomas de TDAH en niños jóvenes de sexo masculino con progenitores de clase

social más baja y menor nivel educativo. A los 7 y los 9 años de edad también se observaron asociaciones de estas variables tanto con síntomas de TDAH como con problemas internalizantes y externalizantes, así como con otras condiciones como la duración de la lactancia materna, haber nacido pequeño para la edad gestacional o el consumo materno de tabaco durante la gestación.

**Conclusión:** Tanto la clase social como el nivel educativo materno y paterno se asociaron a un peor desempeño cognitivo, emocional y comportamental, a pesar de haber tenido en cuenta variables mucho más próximas a los/as niños/as. A los 11 años de edad se analizará con mayor profundidad el impacto de la crisis económica y la privación material y sus consecuencias en el desarrollo cognitivo, emocional y conductual de los/as niños/as, y del posible efecto mediador del entorno familiar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Piccolo L, Arteché A, Fonseca R, Grassi-Oliveira R and Fumagalli J. Influence of family

socioeconomic status on IQ, language, memory and executive functions of Brazilian children. *Psicologia: Reflexão e Crítica* (2016) 29:23. DOI 10.1186/s41155-016-0016-x

2. Bøe T, Sivertsen B, Heiervang E. Socioeconomic Status and Child Mental Health: The Role of Parental Emotional Well-Being and Parenting Practices. *J Abnorm Child Psychol* (2014) 42:705–715.
3. Guxens M, Ballester F, Espada M, Fernández MF, Grimalt J, Ibarluzea J. Cohort profile: the INMA—INfancia y Medio Ambiente—(Environment and Childhood) Project. On behalf of INMA Project. *Int J Epidemiol* 2012;41(4):930-940.
4. Cortés Sancho R, González Safont L, Murcia Hinarejos M, Ballester Díez F, Rebagliato Ruso M, Rodríguez-Bernal CL. The role of parental occupation gradient, education and unemployment on child cognitive development. *Maternal and Child Health Journal (MACI)* (On Review).

---

## Ponencia 3:

### “Evaluación de los contextos familiares en el Proyecto INMA”

Arranz Freijo Enrique. *Lcdo. y Doctor en Psicología. Catedrático de Psicología de la Familia de la Universidad del País Vasco. e.arranzfreijo@ehu.es*

Florencia Belén Barreto Zarza (*Investigadora predoctoral, miembro del equipo INMA en el Dpto. de Procesos Psicológicos y su Desarrollo, Facultad de Psicología UPV/EHU*), Manuel Sánchez de Miguel (*Dpto. de Procesos Psicológicos y su Desarrollo, Facultad de Psicología UPV/EHU*), Jesús Ibarluzea Maurologoitia (*Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa*)

---

## RESUMEN

En el marco del proyecto INMA Gipuzkoa se inició la evaluación del contexto familiar de la cohorte cuando los niños/as de la muestra tenían 2 años de edad, también se ha llevado a cabo en las tomas de 4 y de 8 años. El proceso de evaluación se llevó a cabo utilizando diferentes versiones del instrumento HES – Haezi Etxadi Scale- diseñado “ad hoc” para esta investigación, basado en instrumentos reconocidos en la literatura internacional de evaluación familiar, tales como la HOME y El Historial del Desarrollo y actualizado incluyendo la evaluación de la presencia de variables identificadas

por la investigación sistemática como potenciadoras de un desarrollo psicológico saludable. Las tres versiones del instrumento han mostrado unos buenos indicadores psicométricos y han sido sometidas a sendos procesos de factorización, que han confirmado parcialmente las estructuras factoriales teóricas previas. Los instrumentos constituyen una aportación al conjunto de herramientas evaluadoras del contexto familiar tanto a nivel clínico, como educativo y social. Los análisis llevados a cabo hasta la fecha, relativos a la influencia de los factores familiares en las variables de desarrollo cognitivo, muestran una clara influencia sobre el mismo de variables

como la calidad del andamiaje, la calidad socio emocional de la relación, la exposición a contextos bilingües y otros. La utilización de la estrategia analítica SEM (Modelo de ecuaciones estructurales) está permitiendo analizar la influencia conjunta de diferentes variables del contexto familiar sobre el desarrollo cognitivo, tomando la perspectiva longitudinal que permite un estudio de cohorte. Los datos están siendo remitidos a revistas

científicas del campo evolutivo y sanitario.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Velasco, D., de Miguel, M. S., Egurza, M., Arranz, E., Aranbarri, A., Fano, E., & Ibarluzea, J. (2014). Family context assessment in a public health study. *Gaceta Sanitaria*, 28(5), 356-362.

---

## MINDFULNESS: UNA MIRADA NUEVA EN EL CONTEXTO DE LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

*Moderador: Vicent Huguet, Marta.*

*Psicóloga Clínica. Unidad de Salud Mental Infantil-2. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. mail: mrtvicent08@gmail.com*

---

Ponencia 1:

### “Terapia de compasión basada en los estilos de apego: concepto y eficacia”

*García Campayo, Javier*

*Psiquiatra del Hospital Universitario Miguel Servet. Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Zaragoza. Director de Máster en Mindfulness de la Universidad de Zaragoza. Director del Grupo de Investigación “Salud Mental en Atención Primaria”.*

*Navarro Gil, Maria Teresa (Universidad de Zaragoza)*

---

## RESUMEN

La terapia de compasión es una terapia de tercera generación que enfatiza el darse cuenta del sufrimiento propio y del de los demás, y de ayudar en lo posible a disminuir dicho sufrimiento. Suele asociarse a mindfulness, aunque el mecanismo de acción y los fundamentos filosóficos son diferentes. La terapia de compasión se ha demostrado especialmente eficaz en la depresión y en patologías que cursan con elevados niveles de culpa, vergüenza o autocrítica.

Existen varios protocolos de intervención en compasión. Nuestro grupo ha desarrollado un modelo basado en los estilos de apego, que se administra en 8 sesiones de 2 horas y media. Junto a aspectos clásicos en compasión como recibir y dar afecto a otros o darse

afecto a uno mismo, este modelo destaca la importancia de conocer el propio estilo de apego y las consecuencias de dicho estilo en las relaciones interpersonales.

Aspectos como la reconciliación con los padres (elemento clave en el modelo de apego), el perdón y la posibilidad de poder dar afecto a los enemigos, o la falacia de categorías como amigos, enemigos o indiferentes, son elementos clave de este modelo. En la ponencia se describe el modelo, los principales datos de eficacia, así como la impresión subjetiva de los pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García Campayo J, Demarzo M. Mindfulness y compasión. La nueva revolución. Barcelona: Siglantana, 2015.

Ponencia 2:

## “Mindfulness en el tratamiento del TDAH: un estudio piloto”

*Cebolla, Ausiàs.*

*Profesor ayudante doctor en la Facultad de Psicología de la Universitat de València. Docente e investigador en mindfulness y autor de diversos libros y artículos.*

---

### RESUMEN

El 5% de los niños en edad escolar presentan un trastorno de déficit de atención e hiperactividad, con picos del 8% entre los 6 y 9 años. Este trastorno, se caracteriza por presentar un patrón persistente de conductas de desatención, exceso de actividad y dificultad para controlar los impulsos o impulsividad, que influyen negativamente en el desarrollo social y afectivo y en el aprendizaje. Las intervenciones basadas en mindfulness han mostrado resultados muy prometedores para el tratamiento de este trastorno, en concreto aquellas basadas en “crianza consciente” o mindfulparenting, Una de las más interesantes es el programa de intervención protocolizado llamado MYmind, para niños y adolescentes con TDAH y sus padres. La duración del programa es de 8 semanas. Durante sesiones de 1.5h semanales, los padres y los niños con TDAH, realizan de forma paralela, distintos ejercicios en los que aprenden a enfocar y mejorar su atención, conciencia corporal y

autocontrol con ejercicios de mindfulness (meditación, exploración del cuerpo, ejercicios de sensibilización, sonidos de meditación, ejercicios de yoga). El objetivo de este estudio es analizar la eficacia del programa MYMind en una muestra de niños con diagnóstico de TDAH y sus padres en variables de autoeficacia, estrés, mindfulness rasgo y parentalidad consciente, así como satisfacción y utilidad percibida del programa. Este tipo de programas muestran datos preliminares muy interesantes y proponen nuevas estrategias complementarias para el tratamiento del TDAH.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Meppelink, R., de Bruin, E. I., & Bögels, S. M. (2016). Meditation or Medication? Mindfulness training versus medication in the treatment of childhood ADHD: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16, 267.

---

Ponencia 3:

## “Desregulación emocional, impulsividad y Mindfulness en TLP”

*Feliu Soler, Albert*

*Psicólogo. Fundació Sant Joan de Déu, Barcelona*

---

### RESUMEN

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno psiquiátrico frecuente y grave, caracterizado por una gran inestabilidad en la regulación de las emociones, la autoimagen, las relaciones interpersonales y el control de impulsos que con una elevada frecuencia lleva a actos de tipo autolesivo y comportamientos suicidas. Algunos trabajos muestran que los sujetos con trastorno límite de

la personalidad (TLP) presentan una menor capacidad de Mindfulness. Parecería ser que estos déficits en la capacidad de mindfulness se relacionan con algunas de las características del trastorno como la desregulación emocional, la impulsividad o las dificultades en el área interpersonal. Estudios en los que se han evaluado los efectos del entrenamiento en mindfulness en pacientes con TLP sugieren que éste se relaciona con mejoras

en algunos parámetros atencionales (i.e., capacidad de inhibir respuestas) y de impulsividad (i.e., habilidad para tolerar recompensas, percepción temporal). Además, la práctica de mindfulness se asocia con un aumento de la

capacidad de descentramiento, describir, no-juzgar y no reaccionar, y con una disminución de la sintomatología límite. En conjunto, la literatura actual sugiere que el mindfulness es eficaz para el tratamiento del TLP.

---

## CURSO LONGITUDINAL DE LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS DURANTE LA ADOLESCENCIA: VARIABLES CLÍNICAS, COGNITIVAS Y DE NEUROIMAGEN EN MUESTRAS CLÍNICAS Y DE RIESGO

*Moderador: Sugranyes Ernest, Gisela*

*Titulación: Especialista en Psiquiatría, Doctora en Medicina.*

*Categoría profesional y Centro de trabajo: Especialista en Hospital Clínic de Barcelona y Junior Group Leader en Instituto de Investigación Biomédica August Pi i Sunyer.*

*Email: gernest@clinic.cat*

---

Ponencia 1:

### “Características clínicas y neuropsicológicas de hijos de pacientes con esquizofrenia o trastorno bipolar: cambios longitudinales e interacción clínica – cognición.”

*De la Serna Gomez, Elena*

*Titulación: Doctora en Psicología*

*Categoría profesional y Centro de trabajo: Psicóloga de investigación, Hospital Clínic de Barcelona y Centro de Investigación Biomédica en Red.*

*CO-AUTORES: Gisela Sugranyes, Vanessa Sanchez-Gistau, Elisa Rodriguez-Toscano, Dolores Moreno, Teresa Sanchez-Gutierrez, Josefina Castro-Fornieles*

---

## RESUMEN

**Objetivo:** Los síntomas psicóticos y afectivos pueden estar presentes tanto en la esquizofrenia como en el trastorno bipolar. Este estudio presenta los datos del seguimiento a cuatro años de niños y adolescentes, hijos de sujetos con uno de estos dos trastornos que ya habían sido evaluados en un estudio transversal previo [1], comparando cada grupo con un grupo de controles comunitarios, y estudiando la influencia de la sintomatología psicótica subclínica en las variables cognitivas.

**Metodología:** En el estudio basal se reclutó una muestra de 238 niños y adolescentes: 41 hijos de pacientes con esquizofrenia (ES), 90 hijos de pacientes con trastorno bipolar (BP) y 107 controles comunitarios (CC),

emparejados por edad, sexo y estatus socio-económico. Tras cuatro años de seguimiento se realizó la evaluación clínica y neuropsicológica de 182 participantes. La valoración psicopatológica incluyó la entrevista semi-estructurada KSADS y la sintomatología prodrómica se evaluó mediante la entrevista SIPS/SOPS. La batería neuropsicológica incluyó inteligencia, memoria verbal, memoria visual, atención sostenida y función ejecutiva.

**Resultados:** Los ES tenían mayores porcentajes de psicopatología que los BP y los CC, particularmente en TDAH y trastornos disruptivos, mientras que los BP mostraron mayores porcentajes de trastornos del estado de ánimo. A lo largo del tiempo se observó un incremento en trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, sin detectarse interacciones tiempo x grupo.

Se observaron diferencias significativas entre los grupos en síntomas positivos, negativos y desorganizados de la SOPS debido a puntuaciones más elevadas de ES que los CC. Las variables tiempo y tiempo x grupo no fueron significativas.

En cuanto a la cognición, el grupo ES mostró puntuaciones significativamente más bajas que BP y CC en comprensión verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo, índice de capacidad global, memoria lógica demorada, aprendizaje verbal demorado y aprendizaje visual. En velocidad de procesamiento, tanto ES y BP obtuvieron diferencias significativas respecto a los CC. En aprendizaje verbal inmediato, sólo ES obtuvo puntuaciones significativamente más bajas que los controles; el grupo BP presentó un rendimiento intermedio. Se observó que las escalas de síntomas positivos, negativos y desorganizados tenían influencia

en la comprensión verbal, la memoria de trabajo, la velocidad de procesamiento, la memoria verbal o la memoria visual.

**Conclusión:** Los ES mostraron mayores porcentajes de psicopatología y de síntomas prodrómicos que el resto de grupos. Los síntomas prodrómicos mostraron tener influencia sobre los resultados en algunas variables cognitivas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. de la Serna E, Sugranyes G, Sanchez-Gistau V, Rodriguez-Toscano E, Baeza I, Vila M, Romero S, Sanchez-Gutierrez T, Penzol MJ, Moreno D, Castro-Fornieles J. Neuropsychological characteristics of child and adolescent offspring of patients with schizophrenia or bipolar disorder. *Schizophr Res.* 2016 Nov 12.

---

### Ponencia 2:

#### “Curso longitudinal de la función cognitiva en adolescentes con un primer episodio de psicosis: ¿Estabilidad cognitiva o deterioro?”

Mayoral, Maria

*Titulación: Doctora en Psicología*

*Categoría profesional y Centro de trabajo: Psicóloga Clínica, Departamento de Psiquiatría del Niño y Adolescente, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Facultad de Medicina, Universidad Complutense, IiSGM, CIBERSAM. Madrid.*

*Email: maria.mayoral@iisgm.com*

*CO-AUTORES: Raquel Vicente-Moreno, Elena de la Serna, Josefina Castro-Fornieles, Celso Arango, Marta Rapado-Castro.*

---

## RESUMEN

**Objetivo:** Los déficits cognitivos son predictores del funcionamiento en pacientes con psicosis. El deterioro cognitivo aparece de forma temprana en el primer episodio y en estados mentales de riesgo y se mantiene a lo largo del tiempo. Los estudios que examinan el curso longitudinal del rendimiento cognitivo en psicosis apoyan la presencia de un posible desarrollo alterado de las funciones cognitivas en el caso de adolescentes [1]. Sin embargo, las trayectorias cognitivas diferenciales en esquizofrenia (SZ) vs. trastorno bipolar (BD) no se han evaluado hasta la fecha. Nuestro objetivo es evaluar

longitudinalmente la función cognitiva de pacientes adolescentes con psicosis a lo largo de 5 años de seguimiento.

**Métodos:** Una muestra de 107 pacientes (edad media 15,50 [9-17]) y 98 controles pareados (edad media 15,17 [9-17]) completaron las evaluaciones basales. De éstos, 75 pacientes y 79 controles completaron evaluaciones cognitivas longitudinales a 2 años y 73 pacientes y 63 controles a 5 años respectivamente, como parte del estudio CAFEPS [2]). Los dominios cognitivos fueron evaluados con una batería neuropsicológica que incluía medidas de atención, memoria de trabajo, aprendizaje y memoria

y funciones ejecutivas (puntuaciones z). Se utilizó un análisis de modelos mixtos para examinar las diferencias entre los grupos diagnósticos en el rendimiento cognitivo longitudinal utilizando la edad, sexo, medicación, DUP y síntomas como covariables sin interés. En el modelo mixto final sólo se incluyeron aquellas significativas.

**Resultados:** Todos los grupos de sujetos mostraron una mejora significativa en la función ejecutiva ( $Z = 5,60$ ;  $p < 0,001$ ) y atención ( $Z = 4,64$ ;  $p < 0,001$ ), mientras que el rendimiento de la memoria de trabajo se mantuvo estable en el tiempo. Los grupos diagnósticos SZ y BD mostraron un deterioro cognitivo significativo con respecto a los controles en todos los dominios cognitivos: Atención (SZ:  $Z = -4,29$ ,  $P < 0,001$ , BD:  $Z = -2,81$ ,  $P = 0,004$ ), memoria de trabajo (SZ:  $Z = -2,68$ ;  $P = 0,007$ , BD:  $Z = 2,17$ ,  $P = 0,024$ ), aprendizaje y memoria (SZ:  $Z = -5,61$ ;  $P < 0,001$ ; BD:  $Z = -4,97$ ;  $P < 0,001$ ) y función ejecutiva (SZ:  $Z = -7,95$ ,  $P < 0,001$ , BD:  $Z = -5,99$ ,  $P < 0,001$ ). No se observaron diferencias significativas entre los dos grupos en ningún dominio.

**Conclusión:** Los adolescentes con psicosis presentaron una alteración en el desarrollo en todos los dominios cognitivos evaluados en comparación con sus homólogos sanos durante los primeros cinco años de la enfermedad. Nuestros resultados sugieren que durante la adolescencia, los pacientes parecen seguir una trayectoria anormal del neurodesarrollo en la que la disfunción cognitiva generalizada es una característica de ambos subgrupos SZ y BD.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bombin, I., et al., Neuropsychological evidence for abnormal neurodevelopment associated with early-onset psychoses. *Psychol Med*, 2013. 43(4): p. 757-68.
2. Castro-Fornieles, J., et al., The child and adolescent first-episode psychosis study (CAFEPS): design and baseline results. *Schizophr Res*, 2007. 91(1-3): p. 226-37.

#### Ponencia 3:

#### “Cambios cerebrales longitudinales en niños y adolescentes con primeros episodios psicóticos”

Covadonga M Diaz-Caneja

Titulación: Especialista en Psiquiatría

Categoría profesional y Centro de trabajo: Especialista en Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría del Niño y Adolescente, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Facultad de Medicina, Universidad Complutense, IISGM, CIBERSAM. Madrid.

Email: covadonga.martinez@iisgm.com†

CO-AUTORES: Joost Janssen, Elena De la Serna, Gisela Sugranyes, Josefina Castro-Fornieles, Celso Arango

#### RESUMEN

**Objetivos:** Varios meta-análisis sugieren la presencia de cambios cerebrales progresivos en pacientes con primeros episodios psicóticos durante los primeros años de enfermedad (1, 2). En las psicosis de inicio temprano (inicio antes de los 18 años de edad; PIT) se han descrito cambios progresivos en el volumen de sustancia gris (SG) frontal en seguimientos de entre dos y cuatro años (3). En este estudio se pretenden evaluar cambios volumétricos longitudinales en pacientes con PIT durante los primeros cinco años de enfermedad.

**Métodos:** Estudio prospectivo de cinco años de seguimiento en el que se incluyen pacientes con un primer episodio de PIT y una muestra de controles sanos pareados por edad y sexo. Se realizó resonancia magnética cerebral en la visita basal y tras dos y cinco años de seguimiento. Se empleó FreeSurfer para medir el volumen de SG total y en cada uno de los lóbulos. Se utilizaron ANCOVAs con tests post-hoc de Sidak para comparar los cambios en el volumen de SG a lo largo de los cinco años de seguimiento entre pacientes con PIT y controles y entre pacientes con esquizofrenia y

trastorno bipolar, controlando por edad, sexo, volumen intracraneal total y centro.

**Resultados:** Se incluyeron 36 pacientes con PIT (edad basal  $15.8 \pm 1.7$  años, 66.6% varones) y 36 controles (edad basal  $15.4 \pm 1.4$  años, 55.6% varones). Al seguimiento, 14 pacientes recibieron un diagnóstico de esquizofrenia, 11 de trastorno bipolar (TB) y 11 de otras psicosis. Durante los primeros dos años de seguimiento, los pacientes con PIT mostraron reducciones significativamente mayores que los controles en volumen de SG total ( $F=7.8$ ,  $p=.007$ ) y de los lóbulos frontales izquierdo ( $F=5.8$ ,  $p=.019$ ) y derecho ( $F=4.55$ ,  $p=.037$ ), lóbulo occipital derecho ( $F=4.87$ ,  $p=.031$ ) y lóbulo parietal izquierdo ( $F=6.30$ ,  $p=.015$ ). En este periodo, los pacientes con esquizofrenia mostraron reducciones significativamente mayores que los pacientes con trastorno bipolar en el volumen de SG total ( $p=.002$ ) y en el lóbulo occipital izquierdo ( $p=.006$ ). No se detectaron diferencias significativas en los cambios en el volumen de SG entre pacientes con PIT y controles o entre pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar entre los dos y cinco años de seguimiento.

**Conclusión:** Los primeros dos años tras un primer

episodio de PIT pueden constituir un período crítico para el desarrollo de déficits. En este período, los adolescentes con esquizofrenia muestran cambios cerebrales estructurales más marcados que los pacientes con trastorno bipolar.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Olabi B, Ellison-Wright I, McIntosh AM, et al: Are there progressive brain changes in schizophrenia? A meta-analysis of structural magnetic resonance imaging studies. *Biol Psychiatry*. 2011;70(1):88-96.
2. Vita A, De Peri L, Deste G, et al: Progressive loss of cortical gray matter in schizophrenia: a meta-analysis and meta-regression of longitudinal MRI studies. *Transl Psychiatry*. 2012;2:e190.
3. Fraguas D, Diaz-Caneja CM, Pina-Camacho L, et al: Progressive brain changes in children and adolescents with early-onset psychosis: A meta-analysis of longitudinal MRI studies. *Schizophr Res*. 2016;173(3):132-139.

---

## TDAH Y CIENCIA, INTEGRANDO MIRADAS: EVIDENCIAS, CIENCIA Y CREENCIAS

Moderador: GASTAMINZA PÉREZ, XAVIER

Médico especialista en psiquiatría. Master en Psiquiatría de la infancia y de la adolescencia.

Facultativo especialista. Paidopsiquiatría psicósomática. Unidad de Paidopsiquiatría. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. Miembro titular de la AEPNYA

xgastaminza@gmail.com

*La medicina, en ocasiones ha de convivir con ideas, opiniones, creencias, ideologías e incluso intereses económicos, sociales, políticos que persisten pese a toda la evidencia y pese a ser contrarias a la salud individual, colectiva y pública. Un ejemplo reciente dramático se planteó en los medios de comunicación con motivo de muerte de un niño por difteria no vacunado por rechazo parental, destapándose una realidad existente, aunque minoritaria, como es la de la opinión y cuestionamiento de las vacunas en la infancia.*

*En la Paidopsiquiatría eso ocurrió con la depresión en la infancia, negada hasta la década de los 80, y ocurre aun con el TDAH. En efecto el TDAH es simplemente negado por algunos, si bien unos pocos, con pseudorazones, con incluso falsedades y pese a las múltiples evidencias científicas privando de la mejor obligada asistencia médica integral a nuestros niños y adolescentes.*

*Es por esto que es obligado el entrar en el tema y así en este Simposium se busca con la actualización en el TDAH, la contrastación desde la evidencia científica de la realidad clínica del TDAH*

---

Ponencia 1:

### “El TDAH, una mirada actual desde la genética”

*Herreros Rodriguez, Oscar*

*Médico especialista en Psiquiatría. Facultativo especialista del Área de Psiquiatría (Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil) del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Miembro titular de la AEPNYA y director de la revista PSQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL.*

#### RESUMEN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), es el trastorno psiquiátrico más prevalente de la infancia, situándose en un 6,8% de los niños españoles (1), y en un 6,5% a nivel mundial (2). Se caracteriza por niveles inapropiados de hiperactividad, impulsividad e inatención para la etapa de desarrollo. Su manifestación temprana (en ocasiones a partir del año) y su gran tendencia a la cronicidad sintomática (situada en torno al 80%), generan en el paciente un gran impacto personal, académico, laboral, social y emocional durante su desarrollo y en la vida adulta. Las dificultades en el aprendizaje son una causa importante de fracaso escolar.

La experiencia clínica cotidiana con nuestros niños y adolescentes nos muestra, con frecuencia, el carácter familiar (genético) del TDAH. La base genética, en la actualidad considerada en cerca del 80% de su etiología, es objeto de múltiples y diversos estudios en busca de su determinación y consecuentes utilidades diagnósticas, pronósticas y terapéuticas.

La genética del TDAH se atribuye a variantes comunes y raras de una amplia gama de genes relacionados principalmente con la neurotransmisión y las vías de desarrollo neurológico. Sin embargo, ha sido difícil identificar las variantes de causa o riesgo genético que explican la alta heredabilidad de este trastorno. Descartada ya los patrones de heredabilidad unigénica, y la poligénica, con los polimorfismos y el desarrollo

de la genética molecular se han descartado caminos, encontrado hallazgos y abierto muchas expectativas.

En esta exposición se presenta lo hallazgos recientes de estudios de genética así como los posibles futuros caminos para los estudios genéticos del TDAH.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Catalá-López F, Peiró S, Ridaó M, Sanfèlix-Gimeno G, Gènova-Maleras R, Catalá MA. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC Psychiatry* 2012; 12: 168.
2. A. Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/ hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics* 2012; 9: 490-9.
3. Bonvicini C, Faraone SV, Scassellati. Common and specific genes and peripheral biomarkers in children and adults with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *C. World J Biol Psychiatry*. 2017 Jan 18:1-52.
4. Wadsworth SJ, DeFries JC, Willcutt EG, Pennington BF, Olson RK. Genetic Etiologies of Comorbidity and Stability for Reading Difficulties and ADHD: A Replication Study. *Twin Res Hum Genet*. 2016 Dec;19(6):647-651.

Ponencia 2:

**“TDAH: Una mirada más allá del control nuclear.  
"Monitorización neuropsicológica del tratamiento del TDAH": Eficacia cognitiva del  
metilfenidato y de la atomoxetina”**

*RUBIO MORELL, BELÉN*

*Doctora en Psiquiatría. Especialista en Psiquiatría. Facultativa especialista. Unidad de Interconsulta y Enlace infanto-Juvenil. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife. Miembro titular, vocal y Presidenta de la Comisión de Publicaciones y Medios de comunicación de la AEPNYA*

---

## RESUMEN

Existe un acuerdo científico generalizado sobre que en un porcentaje elevado de las personas que presentan Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) tienen también importantes dificultades en su rendimiento psicológico. Esta afirmación cuenta con evidencias cognitivo-conductuales y neurofuncionales. Así, están ampliamente constatados los problemas en el funcionamiento ejecutivo en los pacientes con TDAH, encontrándose, en especial, tamaños de efecto robustos para la memoria de trabajo y la inhibición. Los estudios científicos en esta área son, en la actualidad, una fuente muy importante de información y evidencias que respaldan la realidad de la experiencia clínica y la información de otras áreas de estudio en el TDAH.

A pesar de que la capacidad diagnóstica, es decir, la sensibilidad y especificidad de las pruebas neuropsicológicas en TDAH, es baja, las evaluaciones neuropsicológicas van a ser muy útiles más allá del diagnóstico. Así, en general podemos decir que las evaluaciones neuropsicológicas tienen en un principio tres fines: a) la identificación de déficits neuropsicológicos que ayudan a valorar la presencia, tipo y etiología de determinadas disfunciones cerebrales, b) evaluación minuciosa de las fortalezas y debilidades cognitivas, perceptuales y motoras en aras a guiar el tratamiento, y c) la evaluación del nivel de ejecución en un amplio rango de funciones cognitivas tanto al inicio de una evaluación

como en la evaluación del cambio a largo plazo.

Son numerosos las publicaciones y estudios que continuamente aparecen lo que obliga a su actualización continuada en aras no solo de poder ofrecer la mejor asistencia a nuestro paciente sino de mejor conocimiento de su perfil neuropsicológico así como neuropsicológico más frecuentemente encontrado en TDAH, o los distintos modelos explicativos y dificultades en el endofenotipado neuropsicológico. Esta actualización con, además resultados propios, son el objeto de esta exposición.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Belén Rubio, Jennifer Castrillo, Oscar Herreros, Xavier Gastaminza y Sergio Hernández. Perfil y endofenotipos neuropsicológicos en TDAH: Una revisión. REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL 2016; 33: 1: 8-20
2. Seymour KE, Tang X, Crocetti D, Mostofsky SH, Miller MI, Rosch KS. Anomalous subcortical morphology in boys, but not girls, with ADHD compared to typically developing controls and correlates with emotion dysregulation. Psychiatry Res. 2017 Jan 6; 261: 20-28.
3. Carlew AR, Zartman AL. DSM Nosology Changes in Neuropsychological Diagnoses through the Years: A Look at ADHD and Mild Neurocognitive Disorder. Behav. Sci. 2017, 7(1), 1

Ponencia 3:

**“El TDAH bajo la lupa de la ciencia: Limitaciones, pruebas y promesas de la ciencia para el TDAH en niños y adolescentes”**

ORTIZ GUERRA, JUAN JAIRO

*Médico Especialista, Unidad de TDAH. Servicio de Psiquiatría de Niños y Adolescentes. Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona. Miembro titular de la AEPNYA*

**RESUMEN**

El diagnóstico del TDAH es exclusivamente clínico, lo repiten las guías de práctica clínica basadas en pruebas (“evidence based”). El DSM 5 lo anota: no existen biomarcadores, en el momento actual. Esta circunstancia no es ajena a otros trastornos mentales como la esquizofrenia, el trastorno bipolar o los trastornos del espectro del autismo que comparten una realidad: la complejidad. Esta limitación se convierte en una debilidad que se utiliza para cuestionar la existencia del trastorno y especialmente el tratamiento farmacológico. Además, se identifican las limitaciones propias de la aplicación del método científico que se están discutiendo con transparencia en el momento actual y que merecen una reflexión.

La existencia como entidad clínica caracterizada de un modo muy similar a los criterios actuales se remonta al artículo de Leo Eisenberg publicado en 1957, dada la fecha de la descripción, está obviamente libre de sospechas de servir a ningún interés económico de compañías farmacéuticas. Desde entonces se ha reconocido en la clínica como uno de los trastornos mentales más prevalentes de niños y adolescentes. Estudios con metodología sólida informan del curso y pronóstico de los niños que han sido diagnosticados de TDAH. Nota al margen para el “TDAH” que se diagnostica en la edad adulta. Igualmente hay

conocimiento muy bien sedimentado y contrastado con respecto a tratamientos seguros y eficaces para el TDAH, aunque con limitaciones con respecto a respuestas acerca del tratamiento a largo plazo, dado que el TDAH es una condición que puede persistir varios años. Existen también estudios que informan de las alteraciones genéticas, neuropsicológicas y de imagen cerebral que pueden presentarse en los pacientes con TDAH.

La principal garantía del propio método científico es la validez y confianza que genera, lo que con el compromiso de los científicos para buscar activamente los posibles errores y corregirlos así como de la continua búsqueda crítica de la comprensión de los fenómenos por complejos que ellos sean.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Gelman A, Geurts HM. The statistical crisis in science: how is it relevant to clinical neuropsychology? *Clin Neuropsychol.* 2017 Jan 11:1-15.

Francis G. Implications of “Too Good to Be True” for Replication, Theoretical Claims, and Experimental Design: An Example Using Prominent Studies of Racial Bias. *Front Psychol.* 2016 Sep 22; 7:1382.

Marcus R. Monafó, Brian Nosek, Dorothy Bishop, Katherine Button et al. A Manifesto for reproducible science. *Nature Human Behavior.* 2017; 1(January): 1-9.

## COMUNICACIONES ORALES

### SINTOMATOLOGÍA NEGATIVA Y TRASTORNO DEPRESIVO EN UNA MUESTRA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON SÍNDROME DE RIESGO PARA LA PSICOSIS

Rodríguez Pascual, Marta

Médico especialista en psiquiatría. Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil del Hospital Sant Joan de Déu. Mail de contacto: marodriguez@sjdhospitalbarcelona.org

Álvarez Subiela, Xavier

Médico especialista en psiquiatría. Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil del Hospital Sant Joan de Déu.

Tor Fabra, Jordina

Psicóloga. Fundación Sant Joan de Déu.

De la Serna Gómez, Elena.

Doctora en Psicología. Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil, Hospital Clínic de Barcelona.

Baeza Pertegaz, Immaculada.

Médico especialista en psiquiatría. Doctora en psiquiatría. Coordinadora de la unidad de psicosis incipiente del Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil del Hospital Clínic de Barcelona.

Dolz Abadia, Montserrat.

Médico especialista en psiquiatría. Jefe de servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil del Hospital Sant Joan de Déu.

#### RESUMEN

**Introducción:** Los estados mentales de alto riesgo (EMARs) se caracterizan por la presencia de diferentes indicadores que reflejan la vulnerabilidad para desarrollar un trastorno psicótico. Cambios inespecíficos en la conducta y el comportamiento suelen ser los primeros síntomas que llevan a la búsqueda de atención médica. La presencia de síntomas positivos atenuados y síntomas más inespecíficos como la ansiedad, depresión y síntomas negativos pueden ser factores de confusión

a la hora de realizar un diagnóstico. Esto es importante porque la transición a psicosis puede llegar al 32% a los 3 años. El objetivo de este estudio es describir la presencia de síntomas negativos y depresivos y valorar la posible interferencia en un diagnóstico adecuado.

**Material y Métodos:** Se trata de un estudio longitudinal y multicéntrico que evalúa los resultados clínicos, cognitivos y de neuroimagen de pacientes EMARs comparados con un grupo control. Los criterios de inclusión son: edad entre 10 y 17 años, uno o más criterios de EMAR según la entrevista SIPS, no presentar diagnóstico de trastorno psicótico, enfermedad neurológica, retraso mental o trastorno del espectro autista. Evaluamos los pacientes con la escala Kiddie-Sads (K-SADS-PL) y la entrevista estructurada para síntomas prodrómicos (SIPS). Para el presente trabajo, la evaluación clínica se recoge en la entrevista basal. Los análisis estadísticos se realizan con el programa SPSS 20.0.

**Resultados:** La muestra se compone de 91 sujetos (edad media  $15.15 \pm 1.73$ , 59.3% mujeres). La prevalencia de trastorno depresivo en la muestra basal es de 34.1% siendo el diagnóstico más prevalente. Los síntomas negativos están presentes en un 85.5% de la muestra. El 90% de los pacientes con trastorno depresivo y el 82.6% de los pacientes sin este diagnóstico presentan sintomatología negativa, lo cual no es una diferencia estadísticamente significativa ( $p:0.371$ ). Sin embargo, si analizamos, mediante la subescala SOPS, la gravedad de dicha sintomatología en ambos grupos de pacientes, encontramos que la puntuación es más elevada en los ítems N1 (anhedonia social), N2 (abulia), N3 (expresión emocional disminuida), N4 (restricción emocional y del yo) y N total en el grupo de pacientes con trastorno depresivo ( $p$  menor 0.005).

**Conclusiones:** De los resultados se obtiene que puede haber interferencia en la diferenciación adecuada de síntomas negativos y depresivos, lo cual puede suponer

un factor de confusión en la detección de pacientes con riesgo para transición a psicosis. Este solapamiento en la presentación clínica de ambas esferas de síntomas nos conduce a la necesidad de un análisis más específico.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Piskulic D, Addington J, Cadenhead KS, Cannon TD, Cornblatt BA, et al. Negative symptoms in individuals at clinical high risk of psychosis. *Psychiatry Research*. 2012. 196: 220-24.
2. Lencz T., Smith C., Auther A., et al. Nonspecific and attenuated negative symptoms in patients at clinical high-risk for schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2004. 68: 37-48.

#### ESTUDIO ABIERTO DE 2 AÑOS DE DURACIÓN DE LISDEXANFETAMINA DIMESILATO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TDAH: RESULTADOS DE PULSO Y DE TENSIÓN ARTERIAL

*Soutullo, César*

*Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España (MD)*

*Banaschewski, Tobias*

*Departamento de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil y Adolescente, Instituto Central de Salud Mental, Facultad de Medicina de Mannheim, Universidad de Heidelberg, Mannheim, Alemania (MD)*

*Hernández Otero, Isabel*

*Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ), Hospital Universitario Virgen de la Victoria – Hospital Marítimo, Torremolinos, Málaga, España (MD)*

*Nagy, Peter*

*Hospital Psiquiátrico Infantil y Adolescente y Clínica Ambulatoria Vadaskert, Budapest, Hungría (MD)*

*Yan, Brian*

*Shire, Lexington, MA, EE. UU (MD)*

*Coghill, David R*

*Departamentos de Pediatría y Psiquiatría, Facultad de Medicina, Odontología y Ciencias de la Salud, Universidad de Melbourne, VIC, Australia*

*División de Neurociencia, Universidad de Dundee, Dundee, Reino Unido (MD)*

#### RESUMEN

**Objetivo:** Presentar los resultados del pulso y la tensión arterial de un estudio europeo abierto de 2 años de duración de lisdexanfetamina dimesilato (LDX) en niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (estudio SPD489-404).

**Introducción:** El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo frecuente, que requiere tratamiento prolongado. Aunque se ha evaluado la seguridad y la eficacia de LDX en ensayos aleatorizados y controlados a corto plazo y en estudios abiertos de hasta 12 meses de duración, SPD489-404 fue el primer estudio de seguridad de LDX en niños y adolescentes con TDAH de 2 años de duración.

**Métodos:** Niños y adolescentes (de 6 a 17 años) recibieron una dosis optimizada de LDX (30, 50 o 70 mg/día) durante una fase de tratamiento de 104 semanas (4 semanas de optimización de la dosis y 100 semanas de mantenimiento de la dosis). Las evaluaciones de seguridad incluyeron las reacciones adversas surgidas del tratamiento (RAST), el pulso y la tensión arterial.

**Resultados:** Todos los 314 participantes incluidos fueron incorporados en la población de seguridad y 191 (60,8 %) completaron el estudio. En total, se notificaron RAST en 282 participantes (89,8 %). Se informó de RAST cardiovasculares en 26 participantes (8,3 %), la mayoría de cuales fue de intensidad leve. Durante el estudio de 2 años de duración, siete participantes (2,2 %) se retiraron del estudio a causa de RAST cardiovasculares (taquicardia [dos casos], arritmia, cianosis, hipertensión, hipertensión ortostática y palidez). Desde el inicio hasta la última evaluación con tratamiento, se observó un aumento del pulso medio en posición sentada (+7,0 lpm), de la tensión arterial sistólica (TAS; +3,4 mmHg) y de la tensión arterial diastólica (TAD; +3,2 mmHg). En todas estas constantes vitales, el cambio medio desde el inicio se estabilizó antes de finalizar el estudio (pulso, semana 24; TAS, semana 60; TAD, semana 24).

**Conclusiones:** En este estudio abierto de 2 años de duración de LDX en niños y adolescentes con TDAH, se notificaron RAST cardiovasculares en el 8,3 % de los participantes que predominantemente fueron de intensidad leve. El tratamiento con LDX estuvo asociado

con aumentos medios moderados del pulso y de la tensión arterial, que se estabilizaron antes de finalizar el estudio de 2 años de duración.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Faraone SV et al. *Psychol Med* 2006;36:159–65.
2. Estudio financiado por Shire Development LLC.

## ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS EN PSIQUIATRÍA Y CONDUCTA AUTOLESIVA EN LA COMUNIDAD DE MADRID: ESTUDIO DESCRIPTIVO

*Cambra Almerge, Julia*

*Médico Interno Residente de Psiquiatría de cuarto año, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, julia.cambra@salud.madrid.org*

*Moreno Ruiz, Carmen*

*Facultativo Especialista Psiquiatría, Servicio de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, Hospital General Universitario Gregorio Marañón.*

*Espliego Felipe, Ana*

*Facultativo Especialista Psiquiatría, Servicio de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, Hospital General Universitario Gregorio Marañón.*

## RESUMEN

**Introducción:** Según la Organización Mundial de la Salud, el suicidio es un problema de salud pública, siendo la tercera causa de defunción en adolescentes. Se sabe que la conducta autolesiva se asocia con comportamiento suicida y riesgo de suicidio. Al menos un 10% de los adolescentes se autolesionará al menos una vez durante la adolescencia<sup>1</sup>. La contención de la ideación/conducta autolítica supone más de la mitad de hospitalizaciones en unidades psiquiátricas de adolescentes<sup>2</sup>.

Con este trabajo pretendemos describir al grupo de pacientes que ingresa en la Unidad de Adolescentes de Psiquiatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (UADO-HGUGM) de Madrid, y las características de los que lo hacen por conducta autolesiva, con el fin de identificar factores asociados que nos permitan implementar acciones de prevención y tratamiento, buscando reducir su morbi-mortalidad.

**Material y Métodos:** Se examinaron las características sociodemográficas y los antecedentes personales y familiares psiquiátricos de los pacientes hospitalizados durante 2016 en la UADO-HGUGM. Dentro de estos, se describió el subgrupo de los ingresados por conducta autolesiva. Para ello se realizó un análisis descriptivo de una base de datos específica de la unidad en la que se recogen más de 90 variables.

**Resultados:** De los 328 pacientes que ingresaron, un 71% fueron mujeres, con edad media de 15,7 años. En más del 50% el motivo de ingreso fue contención de conducta y/o autolesiones. Más de un tercio tenía antecedentes familiares de enfermedad mental y una cuarta parte había tenido contacto con servicios sociales. En un 12% se recogió historia de maltrato y en 48% fracaso escolar. Un 40% consumía sustancias, siendo el cannabis la más frecuente. Al alta predominó el diagnóstico de reacciones a estrés grave, trastornos afectivos y de adaptación y trastornos de personalidad.

Entre los que ingresó por conducta autolesiva, predominaba el sexo femenino, los antecedentes personales psiquiátricos de más de 6 meses, el fracaso escolar y la existencia de antecedentes familiares psiquiátricos.

**Conclusiones:** Las conductas autolesivas en adolescentes son un motivo habitual de ingreso en unidades psiquiátricas. Entre las características clínicas y sociodemográficas asociadas más prevalentes en nuestra muestra encontramos el sexo femenino, una evolución crónica, trastornos depresivos y de adaptación, reacciones a estrés y fracaso escolar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ibáñez, Á. F., Costa, M. V., del Real Peña, A., & del Castillo, C. S. Conducta autolesiva en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. 2012; (103): 5.
2. Zhand, N., Matheson, K., & Courtney, D. Self-harm in child and adolescent psychiatric inpatients: a retrospective study. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016; 25(3): 169-176.

## DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA PADRES DE HIJOS ADOLESCENTES CON CONDUCTAS AUTOLESIVAS NO SUICIDAS

*Granados Guillén, Marc*

*Psicólogo. Mención en Psicología de la Salud por la Universidad Ramon Llull. e-mail: marcgg5@blanquerna.url.edu*

*Puntí Vidal, Joaquim*

*Psicólogo clínico. Coordinador Hospitalización Parcial. Área de Salud Mental Infanto-Juvenil Parc Taulí (Sabadell, Barcelona). e-mail: jpuntiv@tauli.cat*

*Pujol Serra, Susana*

*Psicóloga Interno Residente 4º año (PIR-4). Área de Salud Mental Infanto-Juvenil Parc Taulí (Sabadell, Barcelona). e-mail: spujol@tauli.cat*

*Torralbas Ortega, Jordi*

*Enfermero de salud mental. Área de Salud Mental Infanto-Juvenil Parc Taulí (Sabadell, Barcelona). e-mail: jtorralbas@tauli.cat*

*Gracia Liso, Rebeca*

*Psiquiatra. Coordinadora de Hospitalización de Agudos. Área de Salud Mental Infanto-Juvenil Parc Taulí (Sabadell, Barcelona). e-mail: rgracia@tauli.cat*

*Pàmias Massana, Montse*

*Psiquiatra. Jefa del Área de Salud Mental Infanto-Juvenil Parc Taulí (Sabadell, Barcelona). e-mail: mpamias@tauli.cat*

### RESUMEN

**Introducción:** Las autolesiones no suicidas en población adolescente presentan una compleja heterogeneidad que hace plantear la necesidad de establecer, a los profesionales de la salud mental, diferencias de tratamiento según las características, funcionalidad y motivaciones del paciente (1).

En el ejercicio de la práctica clínica pueden distinguirse tres tipologías de adolescente que se autolesiona: las clásicas autolesiones vinculadas al afecto negativo, las autolesiones relacionadas con cuestiones de identidad y subculturas urbanas, y las relacionadas con la atención social. Para este último tipo, para los adolescentes que utilizan la autolesión como una estrategia comunicacional de obtención de refuerzo social positivo, instrumentalizar a los padres y establecer relaciones con otros afectados, la intervención clínica llevada a cabo no evidencia una

mejora clínica significativa, motivo por el cual cabe plantearse la necesidad de probar nuevas estrategias de intervención, si más no, complementarias a las que ya se llevan a cabo.

Las intervenciones familiares son una modalidad de tratamiento que ha ganado relevancia en las últimas décadas para la atención de diferentes trastornos mentales. Éstas centran su atención en la persona afectada por un trastorno psiquiátrico y en el contexto relacional en el que este se manifiesta.

**Material y Métodos:** Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la literatura publicada sobre la evidencia del tipo de intervenciones y el abordaje clínico de las autolesiones en adolescentes y sobre los programas de intervención para padres.

Los estudios (1) han demostrado que el uso de guías programadas y el entrenamiento de padres en habilidades parentales, así como el uso de técnicas de modificación de conducta, es la intervención que ofrece mejores resultados para reducir o eliminar el comportamiento autoagresivo en niños y adolescentes. En concreto, la MBT-A es el primer tratamiento eficaz para intervenir las autolesiones en adolescentes, aunque la DBT-A también ha demostrado efectividad en una mejora del funcionamiento general del adolescente y de la sintomatología depresiva en los cuidadores. Sin embargo, a pesar de la elevada prevalencia de las autolesiones, los tratamientos con soporte empírico siguen suponiendo un vacío en la práctica clínica.

A partir de la literatura publicada, se ha diseñado un programa grupal de entrenamiento de padres de 10 sesiones de duración, delimitando para cada una de ellas sus objetivos, técnicas y procedimiento a emplear.

**Resultados:** En la comunicación se presentará el programa diseñado, sesión a sesión; así como los resultados preliminares en la aplicación del mismo.

**Conclusiones:** Hay una amplia variedad de tratamientos y es muy difícil identificar los componentes específicos necesarios para que estos sean eficaces.

El entrenamiento de padres pretende dar una mejor respuesta de tratamiento al tipo de intervenciones realizadas hasta el momento y puede constituir una herramienta fundamental en la evitación de la iatrogenia del entorno.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mollà L, Batlle Vila S, Treen D, López J, Sanz N, Martín LM, Pérez V, Bulbena A. Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2015; 20(1): 51-61.

## UN VÍDEO-JUEGO DE REALIDAD VIRTUAL PARA FAVORECER CONDUCTAS DE INICIACIÓN SOCIAL EN NIÑOS CON TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA

*Mairena García de la Torre, M. Angeles*

*PhD. Doctora en Psicología y Especialista en Psicología Clínica. Psicóloga en Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. mmairena@sjdhospitalbarcelona.org*

*Mora Guiard, Joan*

*Líder de Desarrollo. InflightVR Software GmbH. Munich, Germany.*

*Malinverni, Laura*

*Investigadora. Universidad Pompeu Fabra, Cognitive Media Technologies Group, ICT Department)*

*Padillo Marín, Vanesa*

*Psicóloga. Ajuntament de Montornès del Vallès, Barcelona*

*Hervás Zúñiga, Amaia*

*MD, MRCPsych, PhD. Jefa de Departamento de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Universitario Mutua de Terrasa. Directora de IGAIN (Instituto Global de Atención al Neurodesarrollo).*

*Pares Burgues, Narcis*

*Prof. Doctor, Universidad Pompeu Fabra, Cognitive Media Technologies Group, ICT Department)*

## RESUMEN

**Introducción:** El objetivo de este estudio experimental fue evaluar de forma cuantitativa la efectividad de un vídeo-juego de interacción de cuerpo entero en realidad virtual, para favorecer habilidades de iniciación socio-comunicativas en niños con Trastorno del Espectro del Autismo (TEA).

**Material y Métodos:** Un total de 15 niños (edades entre 4 y 6 años) con diagnóstico de TEA, según el DSM5 y que además cumplían criterios en al menos dos dimensiones en el ADI-R y criterios de TEA en el ADOS2 participaron en cuatro sesiones con dos partes: la primera una estructura de juego con el vídeo-juego “La Aventura de Pico” (un juego de interacción de cuerpo entero en realidad virtual diseñado en colaboración entre el equipo CMTech de la Universidad Pompeu Fabra y el Hospital Sant Joan de Déu) y la segunda parte un juego libre con juguetes. Las sesiones siguieron diversos formatos: jugar solo, jugar con otro niño o jugar con padre o madre. Las conductas sociales se codificaron a través de una escala de observación.

Se utilizó una prueba t-test para muestras relacionadas para comparar la cantidad de comportamientos de iniciación social elicitada por el vídeo-juego con la cantidad de comportamientos de este tipo durante el juego libre. Las pruebas estadísticas se realizaron con contraste bilateral y un nivel de significación de 0.05. Se utilizó el programa SPSS.

**Resultados:** Los resultados muestran que el vídeo-juego podría considerarse más efectivo que el juego libre en favorecer conductas de iniciación social en niños con TEA en la situación de jugar solo ( $t(11)=2,438, p=0,033$ ) o con otro niño (que no se han conocido con anterioridad;  $t(13)=3,60, p=0,003$ ). Además, el vídeo-juego mostró ser tan efectivo como el juego libre en favorecer iniciación social en la situación de jugar con el padre o la madre.

**Conclusiones:** Los vídeo-juegos de interacción de cuerpo entero en realidad virtual podrían ser de utilidad para facilitar conductas de iniciación social en niños con TEA.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Malinverni, L., Mora-Guiard, J., Padillo, V., Valero, L., Hervás, A., & Pares, N. (2016). An inclusive design approach for developing video games for children with Autism Spectrum Disorder. *Computers in Human Behavior*, (in press) DOI: 10.1016/j.chb.2016.01.018

## VARIABLES ASOCIADAS A CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN ADOLESCENTES: UN ESTUDIO EN PACIENTES DEL HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL (HDIJ) DE CASTELLÓN

Ramos-Vidal, Carla

Psiquiatra. Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Universitat Jaume I. e-mail: carla.ramos@gmail.com

Martínez Lluesma, Selene

Psicóloga Interna Residente. Hospital Universitario La Plana, Villarreal.

Camacho Guerrero, Laura

Psicóloga Interna Residente. Hospital Universitario La Plana, Villarreal.

Espinosa-Mata, Matilde.

Psicóloga Clínica. Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia. Hospital General Universitario de Castellón. Universitat Jaume I.

R. Teresa Álvarez Núñez. Enfermera Especialista en Salud Mental, Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.

Real-López, Matias

Psiquiatra. Coordinador del Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Universitat Jaume I.

### RESUMEN

**Introducción:** Las conductas autolesivas en adolescentes (ej. hacerse cortes, tirarse del pelo o golpearse) constituyen un importante problema de salud pública<sup>1</sup>. Estas conductas son especialmente graves y frecuentes en jóvenes diagnosticados de patología psiquiátrica<sup>2</sup>. El HDIJ es un dispositivo asistencial cuya finalidad es proporcionar un tratamiento intensivo y global de adolescentes con trastornos mentales severos. Así, conocer los factores de riesgo asociados a conductas autoagresivas dentro de un dispositivo de salud mental como el HDIJ es fundamental para poder prevenirlas y tratarlas de una forma óptima. El objetivo del presente estudio es analizar las variables sociodemográficas y clínicas que presentan los adolescentes ingresados en el

HDIJ de Castellón con conductas autolesivas.

**Material y Métodos:** La muestra estuvo compuesta por 96 pacientes del HDIJ de Castellón (42,70% mujeres; edad media = 14,60; DT = 1,24). Al ingreso, los pacientes completaron un cuestionario sociodemográfico, el cuestionario de depresión CDI, el cuestionario de ansiedad STAIC-E/R y el cuestionario MACI sobre estilos disfuncionales de personalidad y otros síndromes clínicos.

**Resultados:** El 34,4% de los pacientes ingresados en el HDIJ realizaba conductas autolesivas, existiendo diferencias significativas según sexo (82,4% de las chicas frente al 17,6% de los chicos). Además, los pacientes que se autolesionaban tenían mayor probabilidad de haber sido víctima de bullying, haber realizado algún intento autolítico y padecer más síntomas depresivos. Asimismo, presentaban mayores niveles de ansiedad rasgo y estado. Finalmente, diferentes tipos de personalidad (introvertido, inhibido, pesimista, histriónico, egocéntrico, autopunitivo y tendencia límite), de preocupaciones expresadas (difusión de la identidad, desvalorización, desagrado del cuerpo e insensibilidad social) y de síndromes clínicos (depresión y tendencia suicida) se asociaron a una mayor probabilidad de realización de conductas autolesivas.

**Conclusiones:** Los resultados van en la línea de otros estudios y muestran que diversas variables sociodemográficas, como el hecho de ser mujer<sup>3</sup>, y clínicas, como presentar mayores puntuaciones en depresión, ansiedad y/o patrones disfuncionales de personalidad<sup>4</sup>, se asocian con la presencia de autolesiones. Por tanto, tener en cuenta estas variables a la hora de abordar la problemática de las conductas autolesivas sería de utilidad para lograr un mejor conocimiento y prevención de las mismas.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hawton, K., Saunders, K. E., y O'Connor, R. C. Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*. 2012; 379: 2373-2382.
2. Meltzer, H., Harrington, R., Goodman, R. y Jenkins, R. Children and Adolescents who try to Harm, Hurt or Kill Themselves. Newport, UK: Office for National Statistics, 2001.
3. Madge N., Hewitt A., Hawton K., Jan de Wilde

E., Corcovan P., Fekete S., et al. Deliberate self harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child and Adolescent Self-Harm in Europe (CASE) Study. *J Child Psychol Psych.* 2008; 49(6): 667-77.

4. Stewart M.E., Donaghey C., Deary I.J., Ebmeier K.P. Suicidal thoughts in young people: Their frequency and relationships with personality factors. *Pers Indiv Differ.* 2008; 44: 809-20.

## INTERVENCIÓN GRUPAL EN ADICCIÓN A LOS VIDEOJUEGOS ONLINE EN ADOLESCENTES RECLUIDOS

Lleras, María. PsyD.

Unidad de conductas adictivas y tóxicos, Servicio de Psiquiatría y Psicología

Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona

e-mail: mlleras@sjdhospitalbarcelona.org

Pérez, Ania. MSc.

Unidad de conductas adictivas y tóxicos, Servicio de Psiquiatría y Psicología

Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona

Pardo, Marta. MD.

Unidad de conductas adictivas y tóxicos, Servicio de Psiquiatría y Psicología

Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona

Matalí, Josep. PsyD. PhD.

Unidad de conductas adictivas y tóxicos, Servicio de Psiquiatría y Psicología

Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona

### RESUMEN

**Introducción:** Se han diferenciado dos perfiles de adolescentes en la adicción a los videojuegos según los rasgos y trastornos comórbidos (1). Los pacientes que presentan comorbilidad con trastornos internalizantes, a diferencia de los de perfil externalizante, experimentan mayores dificultades en las relaciones sociales y utilizan el videojuego como estrategia de afrontamiento del malestar (2). El objetivo de este trabajo es estudiar el impacto de un programa de tratamiento específico para pacientes con perfil internalizante.

**Material y Método:** Se describe la experiencia de un grupo piloto con N=9 adolescentes que buscan o están en tratamiento por adicción a los videojuegos online en la Unidad de Adicciones del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Los participantes cumplen criterios de perfil recluido-internalizante (1). El protocolo consta de doce sesiones semanales ocho de las sesiones se programan con los pacientes, tres con los padres y una multifamiliar. Una extensa batería de test psicométricos serán usados para recoger los datos sociodemográficos y evaluar variables clínicas.

**Resultados:** Se trata de un muestra conformada por adolescentes de entre 13-17 años con una edad media de 15,22 (DS: 1,2) y sexo masculino. Más del 50% de los participantes juegan a juegos MMORPG. De los 7 pacientes que finalizaron el tratamiento, el 71,42% disminuyeron las horas dedicadas al videojuego. En relación a las creencias evaluadas se observó mayor consciencia de problema, nuevos afrontamientos y aumento de relaciones sociales. Los resultados obtenidos mostraron una tendencia a la mejora de las habilidades sociales sobre todo reduciendo la ansiedad-timidez y el retraimiento.

**Conclusión:** La intervención grupal centrada en dificultades específicas de los pacientes con perfil recluido y sus familias (regulación emocional, habilidades sociales, comunicación familiar) disminuye la utilización de los videojuegos como mecanismo de escape. Esto se refleja en una reducción del tiempo invertido en el juego, la intensidad del mismo y la ampliación de las estrategias de afrontamiento al malestar emocional, como muestran los resultados preliminares.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martín-Fernández, M., Matalí, J.L., García-Sánchez, S., Pardo, M., Lleras, M. And Castellano-Tejedor, C. Adolescents with Internet Gaming Disorder (IGD): profiles and treatment response. *Adicciones*, 2016; Oct 29:890.
2. Matalí-Costa, J., Serrano-Troncoso, E., Pardo, M., Villar, F., San, L., & Serrano, E. Social Isolation and the " Sheltered " Profile in Adolescents with Internet Addiction. *J Child Adolesc Behav*, 2014; 2:3 <http://doi.org/10.4172/jcalb.1000139>

## TEST DE ATENCIÓN SELECTIVA Y SOSTENIDA (TASS): ESTUDIO DE VALIDEZ DISCRIMINANTE MEDIANTE RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON METILFENIDATO

*Batlle Vila, Santiago*

*Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD). CSMIJ Sant Martí-La Mina / CSMIJ Ciutat Vella. Parc de Salut Mar, Barcelona.*

*Departament de Psiquiatria i Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)*

*Bleda Hernández, Maria José*

*Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)*

*Camprodon Rosanas, Ester*

*Hospital Sant Joan de Déu. CSMIJ El Garraf. Vilanova i La Geltrú, Barcelona.*

*Estrada Prat, Xavier*

*Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD). CSMIJ Sant Martí-La Mina. Parc de Salut Mar, Barcelona.*

*Martín López, Luis Miguel*

*Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD). CSMIJ Sant Martí-La Mina / CSMIJ Ciutat Vella. Parc de Salut Mar, Barcelona.*

*Departament de Psiquiatria i Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)*

*ATobías Garcés, Aurelio*

*Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)*

### RESUMEN

**Introducción:** El Test de Atención Selectiva y Sostenida (TASS) es un test de cancelación de papel y lápiz diseñado para medir la atención visual en población infanto-juvenil. Su análisis nos permite recoger un conjunto de variables primarias y secundarias, por cada minuto, que nos aportan datos sobre el rendimiento atencional de los evaluados. Por su mayor sencillez, menor coste, y aplicabilidad en el aula (importante para su validez ecológica), las pruebas de papel y lápiz parecen ser adecuadas como herramientas de cribado que los CPT.

**Objetivo.** Analizar el perfil de las variables fundamentales TASS y su capacidad para discriminar entre funcionamiento atencional normal y disfuncional.

**Material y Métodos:** Se realiza un estudio comparativo en una muestra está formada por 102 sujetos (76,4% chicos),  $n = 34$  por condición (con 2 medidas repetidas de TDAH y un grupo control) emparejados por edad y sexo. El grupo clínico se obtiene de la muestra clínica de paciente diagnosticados de TDAH y el grupo control se obtiene a por apareamiento al azar de la muestra del estudio de población general. El grupo TDAH evalúa en 2 momentos diferentes: en el momento de la exploración diagnóstica inicial pretratamiento (TDAH-Pre) y posteriormente una vez instaurado el tratamiento con metilfenidato (MFD), llegados a dosis consideradas clínicamente efectivas por el psiquiatra referente del caso (TDAH-Post).

**Resultados:** Se presentan los descriptivos de los 3 grupos y se muestran gráficamente los resultados de la comparación de medias de las diferentes variables con su significación estadística. Los sujetos TDAH sin MFD obtienen peores resultados. Resultando estadísticamente significativos en todas las variables observadas a excepción del número de errores comparado con TDAH tratados con MFD, y del índice de control de la impulsividad (comparado con los 2 otros grupos). No hay diferencias estadísticamente significativas entre el TDAH-post y el GCPE. La variable ICI no identifica cambios en impulsividad.

**Conclusiones:** El TASS es un instrumento capaz de discriminar el funcionamiento atencional en niños, diferenciándolos en la presencia o ausencia de problemas atencionales del TDAH, así como también se muestra sensible al tratamiento con MFD.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Batlle S, Tomás J. Evaluación de la Atención en la Infancia y la Adolescencia: diseño de un test de atención selectiva y sostenida. Estudio Piloto. Revista de Psiquiatria Infanto-juvenil 1999; 3: 142-148.
2. DuPaul GJ, Anastopoulos AD, Shelton TL et al. Multimethod assessment of attention-deficit hyperactivity disorder: the diagnostic utility of clinic based test. Journal of Clinical Child Psychology 1992; 21: 394-402.

## MINDFULNESS EN LA INFANCIA: APLICACIÓN DE UN PROGRAMA GRUPAL

*Antolí Meseguer, Ester*

*Licenciada en Psicología por la Universidad Jaume I.  
Máster en Desarrollo Infantil y Atención Temprana por  
la Fundación ADEIT, Universidad de Valencia.*

*Máster en Psicopatología, Salud y Neuropsicología por  
la Universidad Jaume I.*

*Psicóloga con habilitación sanitaria, Col. n° CV-09775.  
Coordinación del área de infancia y adolescencia en  
Clínica Lledó.*

*ester@clinnicalledo.com*

*Iñiguez Recatalá, Lidia*

*Licenciada en Psicología por la Universidad Jaume I de  
Castellón.*

*Máster en Psicología General Sanitaria por la UNED.  
Posgrado en desarrollo de la inteligencia emocional  
a través de técnicas artísticas-expresivas del IASE  
(Instituto Avanzado Salud y Educación).*

*Curso Posgrado en Psicología Forense por la  
Universidad de Barcelona.*

*Psicóloga adjunta en Clínica Lledó. Col. n° CV-13618  
del Moral Selma, Paula*

*Licenciada en Psicología por la Universidad Jaume I de  
Castellón.*

*Psicóloga con habilitación sanitaria, col. n° CV-13302  
Máster en Psicopedagogía, Especialidad en Necesidades  
Educativas Especiales por la Universidad Jaume I.*

*Título Experto en Evaluación e Intervención en  
Psicología Clínica Infantil y Adolescente por la  
Fundación Universidad-Empresa de la Universidad  
Jaume I.*

*Psicóloga adjunta en Clínica Lledó.*

*Torralba Pradas, Amparo*

*Licenciada en Psicología por la Universidad Jaume I.  
Psicóloga con habilitación sanitaria, Col. n° CV-07555.  
Coordinación del área psicología de adultos en Clínica  
Lledó.*

### RESUMEN

Las técnicas de meditación basadas en mindfulness están al alza hoy en día. Vivimos en una sociedad en la que lo habitual es realizar múltiples tareas simultáneas y los niveles de falta de atención en nuestro mundo occidental son increíbles, probablemente los más elevados que se han descrito en la historia del ser humano (J. García-

Campayo). Si bien mindfulness consiste en prestar atención al momento presente de manera intencionada y sin juzgar lo que sucede (J. Kabat-Zinn) hemos querido observar si la ansiedad, atención, hiperactividad-impulsividad y agresividad variaban en un grupo de 10 niños y niñas de entre 6 y 12 años tras 5 semanas de intervención basada en técnicas meditativas.

El programa se dividió en 4 sesiones semanales en formato grupal de una hora y media de duración, más una semana de práctica en casa sin sesión previa. Una parte inicial de cada sesión se dedicó a trabajar con los padres psicoeducación sobre mindfulness, revisión de los registros en el hogar, planteamiento de dudas y consejos para afianzar la práctica. Posteriormente, se trabajó con los niños/as cuatro aspectos relacionados con la atención consciente con metodología teórico-lúdica: la sesión 1 “Respira” consistió en aprender a anclarse al presente a través de la respiración; en la sesión 2 “Piensa” se explicó cómo manejar la aparición de los pensamientos negativos y de las preocupaciones; en la sesión 3 “Siente” se enseñó el valor adaptativo de las emociones y cómo hacer frente a la intensidad de las mismas; y, por último, la sesión 4 “Quiérete” se basó en técnicas de compasión adaptadas a sus edades.

Se llevó a cabo una evaluación pre y post con los instrumentos SENA (I. Fernández-Pinto y cols., 2015) y CAMM (Greco y cols., 2011). El SENA-Familia se utilizó con el fin de observar las medidas en problemas exteriorizados e interiorizados pre y post-programa. El cuestionario autoadministrado Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM-adaptado) se utilizó para evaluar la capacidad disposicional de cada participante para estar atento y ser consciente de la experiencia del momento presente.

Los resultados son alentadores ya que muestran cambios significativos en los niveles de agresividad ( $p=0.032$ ) y de hiperactividad-impulsividad ( $p=0.002$ ), aunque no se observa lo mismo en variables como atención y ansiedad. En nuestro estudio, explicaremos la utilidad de mindfulness en la infancia y en qué factores deberíamos hacer hincapié para fortalecer la práctica y, por tanto, los beneficios de la misma.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., Carrasco, M. A. y del Barrio, V. (2015). SENA. Sistema de Evaluación de Niños

- y Adolescentes. Manual técnico . Madrid: TEA Ediciones
2. Greco y cols. (2011) CAMM. Child and Adolescent Mindfulness Measure
  3. Snel, E. Tranquilos y atentos como una rana. Ed. Kairós, Barcelona, 2013.
  4. Comas, S. Burbujas de paz. Ed. Nube de Tinta, Barcelona, 2016.
  5. Simón, V. Aprender a practicar mindfulness. Sello Editorial, 2011.
  6. García Campayo, J. y Demarzo, M. Manual práctico de Mindfulness, curiosidad y aceptación. Ed. Siglantana, 2015.
  7. Hervás, G. et al. Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. Clínica y Salud (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.09.002>
  8. Vickery C.E. and Dorjee D. Mindfulness training in primary schools decreases negative affect and increases meta-cognition in children. Front. Psychol. (2016) 6:2025. Doi: 10.3389/fpsyg.2015.02025

### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA INCIDENCIA DE PACIENTES CON AUTOLESIONES EN LA USMI GRAN VÍA DE CASTELLÓN DURANTE EL AÑO 2016.

*Navarro Martínez, Jose Antonio*

*Médico Interno Residente en Psiquiatría. Hospital General Universitario. Castellón. (janmval@hotmail.com)*

*Colomina Llobell, Cristina*

*Psicóloga Interna Residente. Hospital La Plana. Villa Real, Castellón*

*Agüero Ramon-Llin, Cristina*

*Facultativa Especialista en Psiquiatría. Unidad de Salud Mental Infantil Gran Vía. Hospital General Universitario. Castellón.*

*Iglesias Barrachina, Josefa*

*Facultativa Especialista en Psicología Clínica. Unidad de Salud Mental Infantil Gran Vía. Hospital General Universitario. Castellón.*

*Querol Cortés, M<sup>a</sup> Teresa*

*Facultativa Especialista en Psicología Clínica. Unidad de Salud Mental Infantil Gran Vía. Hospital General Universitario. Castellón.*

### RESUMEN

**Introducción:** La autolesión se define como el daño físico que alguien se causa voluntariamente a sí mismo. En la población infanto-juvenil son un fenómeno de elevado interés dado el aumento progresivo de consultas en Salud Mental por dicho motivo 1 siendo además el subtipo de conducta suicida más frecuente en adolescentes 2.

**Material y Métodos:** Se realiza un análisis descriptivo de diferentes datos sociodemográficos y clínicos que constan en la historia clínica de los pacientes atendidos por autolesiones en la USMI-1 (Unidad Salud Mental Infantil-1) de Castellón durante 2016.

**Resultados:** 14 pacientes fueron atendidos por autolesiones en 2016 (3,6% de incidencia), con un rango de edad de 12 a 15 años, fundamentalmente mujeres (93%), 29% heterosexuales, 29% homosexuales y 7% bisexuales. 1º-3º de la ESO en un centro público, con mal rendimiento (93%). En el 57% de los casos los padres estaban divorciados y el 50% eran hijos únicos. En un 57% existían antecedentes familiares psiquiátricos y el 100% informaba de estresores socio-familiares. Respecto al tipo de autolesión, el 86% fueron cortes en antebrazos (43% con cutter y 36% con cuchilla de sacapuntas), con una finalidad ansiolítica (93%). El 64% utilizaba redes sociales, el 43% era aficionados al Anime/Manga y el 43% al deporte. En un 57% predominaban rasgos de timidez, deseabilidad social, incompetencia social e ineficacia en solución de problemas. Predominaban rasgos de personalidad del Cluster B, 50% límites, y del Cluster C, 21% evitativo-dependientes. Un 57% refería fantasías tanáticas y un 29% consumía tóxicos. Fueron diagnosticados de T. Ansioso-depresivo (36%) y Adaptativo (29%), con comorbilidad psiquiátrica en un 86% y antecedentes somáticos en el 64%. El 21% dado de alta por mejoría y un 79% en tratamiento psicológico y psiquiátrico.

**Conclusiones:** Encontramos el siguiente patrón en edad infanto-juvenil: mujeres con diagnóstico de T. Adaptativo o T. Ansioso-depresivo y rasgos de personalidad del cluster B y C, de entre 12-15 años, que se infringen cortes superficiales en antebrazos con finalidad ansiolítica (autolesiones no suicidas según DSM-V 3). Generalmente presentan fantasías tanáticas y quejas somáticas, cuentan con antecedentes familiares

psiquiátricos, estudian en centros públicos presentando mal rendimiento académico, sus padres están divorciados, hijos únicos en la mitad de los casos y con un estilo de vida ligado a redes sociales principalmente y a cultura japonesa y deporte.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Laia Mollà, Santiago Batlle Vila, Devi Treen, Jara López, Nàdia Sanz, Luis M. Martín, Víctor Pérez, Antoni Bulbena. Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos. RPPC. 2015; 20 (1):51-61
2. Laura Mosquera. Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. RPCNA.2016; 3(1): 9-18
3. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª Edición. Editorial Panamericana; 2013.

## INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ADOLESCENTES QUE HAN REALIZADO UNA TENTATIVA DE SUICIDIO: CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS.

*Pujol Serra, Susana*

*Psicóloga Clínica. Residente en Formación de 4º año (PEF-4). Área de Salud Mental Infanto-Juvenil. Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell (Barcelona). e-mail: smpujol@tauli.cat*

*Puntí Vidal, Joaquim*

*Psicólogo Clínico. Coordinador de Hospitalización Parcial. Área de Salud Mental Infanto-Juvenil. Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell (Barcelona). e-mail: jpuntiv@tauli.cat*

*Pàmias Massana, Montserrat*

*Psiquiatra. Jefa del Área de Salud Mental Infanto-Juvenil. Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell (Barcelona). e-mail: mpamias@tauli.cat*

*Iménez Calvo, Marta*

*Trabajadora Social. Área de Salud Mental Infanto-Juvenil. Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell (Barcelona). e-mail: mjimenezc@tauli.cat*

*Torralbas Ortega, Jordi*

*Enfermero de Salud Mental. Área de Salud Mental Infanto-Juvenil. Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell (Barcelona). e-mail: jtorralbas@tauli.cat*

*Palao Vidal, Diego José*

*Director Ejecutivo de Salud Mental. Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell (Barcelona). e-mail: dpalao@tauli.cat*

## RESUMEN

**Introducción:** En España el suicidio es la primera causa de muerte violenta entre los adolescentes(1). La elevada prevalencia y el impacto socio-sanitario que suponen las conductas suicidas hacen necesaria una comprensión exhaustiva del problema, que nos permita diseñar programas eficaces(2) de tratamiento desarrollados sobre la base de los hallazgos empíricos. El objetivo de la presente comunicación es mostrar un programa de intervención psicológica y los resultados obtenidos en adolescentes atendidos en el Hospital de Día de Salud Mental de adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años que han realizado una tentativa de suicidio atendida en el servicio de urgencias de la Corporació Sanitària Parc Taulí. Así mismo, se ofrecen los descriptivos clínicos y sociodemográficos de la población atendida.

**Material y Métodos:** La muestra está constituida por los adolescentes (n=168) atendidos en el Hospital de Día de Salud Mental, desde 2008, tras realizar una tentativa autolítica y a los que se ha aplicado el programa de intervención cognitivo-conductual de entre 5 y 7 sesiones de duración. Se describen dichas sesiones, duración, objetivos y técnicas empleadas.

## Resultados:

- Se ha reducido significativamente el número de reintentos de suicidio (seguimiento de un año) respecto a la literatura publicada (de un 44% a un 7%).
- Un 92% de los pacientes siguen vinculados a salud mental a los 12 meses de la tentativa.
- No se han producido ningún suicidio consumado en la muestra atendida donde se ha realizado la intervención.
- Las tentativas de suicidio siguen siendo predominantemente una manifestación clínica asociada a adolescentes de sexo femenino.
- La mayoría de las tentativas se producen en el contexto impulsivo, no planificado y en ausencia de diagnóstico psiquiátrico establecido.

- Entre los principales precipitantes de conducta suicida adolescente se encuentran y en este orden: las dificultades familiares (conflicto paterno-filial), las discusiones con el grupo de iguales y los conflictos de pareja.
- Las características de personalidad predominantes en la muestra atendida son rasgos límites e histriónicos para las chicas y oposicionistas para los chicos.

**Conclusiones:** La intervención psicológica en prevención de conducta suicida en adolescentes de riesgo se asocia con una evolución que favorece la vinculación y un menor número de reintentos respecto a la literatura publicada. Puede ser también un factor clave en la prevención del suicidio consumado.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la causa de muerte (10 a 24 años). [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947>
2. Szumilas, M & Kutcher, S. Post-suicide Intervention Programs: A Systematic Review. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 2015, 102:18-29.

#### ESTUDIO DE LA ASOCIACIÓN DE LA GRAVEDAD PSICOPATOLÓGICA Y EL PERFIL DE DESREGULACIÓN EMOCIONAL EN UNA MUESTRA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)

*Serrano-Drozdzowskyj, Elena*  
*Psiquiatra. Consulta del Doctor Carlos Chiclana.*  
*e-mail de contacto: eserranodroz@gmail.com*  
*Caro Cañizares, Irene.*  
*Psicóloga Clínica. Unidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Servicio de Psiquiatría. Fundación Jiménez Díaz.*  
*Pfang, Bernadette*  
*Médico Especialista Residente de Medicina Interna. Fundación Jiménez Díaz.*  
*Baca García, Enrique*

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

*Carballo Belloso, Juan José*

*Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Universidad Autónoma de Madrid.*

#### RESUMEN

**Introducción:** Un importante número de niños y adolescentes con diagnóstico de TDAH presentan una grave desregulación emocional y conductual comórbida<sup>1</sup>. Recientemente se ha validado un indicador de este perfil de desregulación (DP) basado en una mayor puntuación en ciertas subescalas del cuestionario Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-DP)<sup>2</sup>. El DP se ha relacionado con un mayor riesgo de presentar comorbilidad, peor funcionamiento global y respuesta al tratamiento. El presente estudio pretende valorar la utilidad clínica de la detección de SDQ-DP niños y adolescentes con TDAH.

**Hipótesis:** Los niños y adolescentes con TDAH con DP presentan una mayor gravedad psicopatológica.

**Objetivos:** Examinar la asociación entre el DP y la mayor gravedad psicopatológica en niños y adolescentes con TDAH en el medio clínico.

**Metodología:** Se incluyeron 250 niños y adolescentes diagnosticados de TDAH que acudieron de forma consecutiva desde el marzo de 2010 hasta febrero de 2013 a las consultas externas de la Unidad de Psiquiatría infantil y del Adolescente. El diagnóstico de TDAH (CIE-10) fue realizado por el psiquiatra responsable tras la entrevista clínica con los padres y el paciente y la información de otras fuentes. En el protocolo de evaluación se incluyeron las escalas: Escala gravedad de síntomas de TDAH (ADHD-RS), SDQ, Inventario de Depresión Infantil (CDI), Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI/STAI-C), Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-NA), Escala de Impresión Clínica Global (CGI).

**Análisis estadístico:** para cada paciente se calculó la variable de cribado SDQ-DP. La muestra fue dividida en 2 grupos: aquellos que puntuaban positivo en SDQ-DP (TDAH-DP) y los que no (TDAH-No\_DP). Se utilizó el

análisis univariante y regresión lineal para comparar las variables sociodemográficas y clínicas entre los sujetos TDAH-DP y TDAH-No\_DP.

**Resultados:** 28% (n=70) de la muestra de niños y adolescentes con TDAH cumplieron criterios para SDQ-DP. Comparado con el grupo TDAH-No\_DP, el grupo TDAH-DP obtuvo puntuaciones significativamente mayores en la gravedad clínica global, inatención ( $p<0,001$ ) e hiperactividad ( $p<0,001$ ), síntomas depresivos ( $p<0,05$ ) y en Ira Estado-Rasgo ( $p<0,05$ ). No se encontraron diferencias significativas en ansiedad rasgo/estado ni en la externalización e internalización de la ira. Sin embargo, las puntuaciones en control interno y externo de la ira fueron mayores en el grupo TDAH-No\_DP ( $p<0,005$  y  $p<0,05$ , respectivamente).

**Conclusiones:** Un importante número de niños y adolescentes con TDAH presenta DP. El DP se asocia con una mayor gravedad clínica y síntomas depresivos y de ira. El empleo de SDQ-DP permitiría la detección precoz de estos pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dougherty LR, Smith VC, Bufferd SJ, Carlson GA, Stringaris A, Leibenluft E. et al. DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder: correlates and predictors in young children. *Psychol Med.* 2014;21:1-12.
2. Holtmann M, Becker A, Banaschewski T, Rothenberger A, Roessner V. Psychometric validity of the strengths and difficulties questionnaire-dysregulation profile. *Psychopathology.* 2011;44(1):53-9.

## DÉFICIT COGNITIVO EN EL SÍNDROME DE RIESGO DE PSICOSIS EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL

*Tor Fabra, Jordina*

*Psicóloga, MSc. Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. España. jtor@fsjd.org*

*Sintes Estévez, Anna.*

*Psicóloga, PhD. Psicóloga adjunta. Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. España.*

*Puig, Olga.*

*Psicóloga, PhD. Psicóloga adjunta. Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona. España.*

*Filiación (titulación y/o breve CV, categoría profesional y/o cargo laboral, Centro de trabajo)*

*AUTOR 4: DE LA SERNA, ELENA.*

*Psicóloga, PhD. Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona. España.*

*Baeza Pertegaz, Inmaculada.*

*Médico psiquiatra, PhD. Psiquiatra adjunta y coordinadora unidad psicosis incipiente. Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona. España.*

*Filiación (titulación y/o breve CV, categoría profesional y/o cargo laboral, Centro de trabajo)*

*Dolz Abadia, Montserrat*

*Médico Psiquiatra. Jefe del servicio de psiquiatría y psicología infanto-juvenil del Hospital Sant Joan de Déu. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. España.*

## RESUMEN

**Introducción:** El rendimiento cognitivo de pacientes con síndrome de riesgo de psicosis (SRP) ha sido estudiado con el fin de detectar marcadores de riesgo para la detección precoz de pacientes que padecerán un trastorno psicótico y poder retardar o prevenir el inicio del mismo. En población infanto-juvenil los autores han hallado un funcionamiento cognitivo general significativamente inferior en las muestras SRP respecto a los controles sanos, así como un deterioro de memoria verbal y funcionamiento ejecutivo (1-3).

**Material y Métodos:** Estudio multicéntrico prospectivo longitudinal con pacientes SRP (buscadores de ayuda) y controles sanos reclutados desde los servicios de Psiquiatría y Psicología Infanto-juvenil del Hospital Clínic y el Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona). Los criterios de inclusión fueron : 1) edad entre 10 y 17 años; 2) presencia de uno a más de los criterios clínicos de riesgo de psicosis medidos mediante la entrevista semiestructurada para la evaluación de la sintomatología prodrómica (SIPS), 3) CI > 70; 4) no presentar ningún diagnóstico de trastorno psicótico, trastorno del desarrollo ni trastorno neurológico. Se administró una batería neuropsicológica completa. Se realizó el mismo

procedimiento para la evaluación de los pacientes y los controles sanos. Se analizan los datos de la evaluación cognitiva en el momento basal mediante el paquete estadístico SPSS 21.0.

**Resultados:** Se han evaluado un total de 81 pacientes y 41 controles. No existen diferencias de edad ( $p=0.149$ ) ni género ( $p=0,308$ ) entre las muestras. Los pacientes SRP muestran una edad media de  $15,08\pm 1,73$  y un 67,9% son chicas. Las muestras presentan diferencias significativas en cuanto a su nivel intelectual global ( $p=0.001$ ). En el análisis de las diferentes pruebas se hallan diferencias significativas en las pruebas de letras y números ( $p=0,007$ ;  $F=7,679$ ), recuerdo de historias inmediato ( $p=0,012$ ;  $F=6,503$ ), recuerdo de historias demorado ( $p=0,002$ ;  $F=9,872$ ), copia de la figura de Rey ( $p=0,037$ ;  $F=4,460$ ); recuerdo en la figura de rey ( $p<0,001$ ;  $F=15,050$ ), TMT-A ( $p=0,015$ ;  $F=6,082$ ); TMT-B ( $p=0,001$ ;  $F=11,315$ ), FAS ( $p=0,010$ ;  $F=6,898$ ), omisiones ( $p=0,022$ ;  $F=5,433$ ); comisiones ( $p=0,005$ ;  $F=8,258$ ), perseveraciones ( $p=0,002$ ;  $F=9,800$ ).

**Conclusiones:** Los niños y adolescentes con SRP presentan un nivel de inteligencia significativamente inferior al de los controles sanos en el momento basal de la evaluación, así como puntuaciones significativamente inferiores en pruebas de memoria verbal lógica, velocidad de procesamiento, flexibilidad cognitiva y atención, en consonancia con otros trabajos realizados en esta población (1,3). Estas diferencias pueden estar influenciando en la transición a psicosis.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Woodberry K a, Seidman LJ, Giuliano AJ, Verdi MB, Cook WL, McFarlane WR. Neuropsychological profiles in individuals at clinical high risk for psychosis: relationship to psychosis and intelligence. *Schizophr Res* [Internet]. Elsevier B.V.; 2010 Nov [cited 2014 Jun 3];123(2-3):188–98.
2. Ziermans TB, Durston S, Sprong M, Nederveen H, van Haren NEM, Schnack HG, et al. No evidence for structural brain changes in young adolescents at ultra high risk for psychosis. *Schizophr Res*. 2009;112(1-3):1–6.
3. Ziermans T, de Wit S, Schothorst P, Sprong M, van Engeland H, Kahn R, et al. Neurocognitive

and clinical predictors of long-term outcome in adolescents at ultra-high risk for psychosis: a 6-year follow-up. *PLoS One* [Internet]. 2014 Jan [cited 2014 Nov 5];9(4):e93994.

## PROTOCOLOS DE EVALUACIÓN EN PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL COMUNITARIA

*Jiménez Hernández, José Luis*

*Filiación: Psiquiatra infanto-juvenil, Adjunto FEA de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Carabanchel-Usera, Hospital Doce de Octubre, Madrid, mlr@usal.es*

*Dimitrova Andreeva, Mariela*

*Filiación: PIR, Servicio de Psiquiatría, Hospital Doce de Octubre, Madrid.*

*Palomo Ruiz, José Luis*

*Filiación: MIR, Servicio de Psiquiatría, Hospital Doce de Octubre, Madrid.*

*López-Sánchez López, Jimena*

*Filiación: Psicólogo Educativo, Universidad de Salamanca, Salamanca.*

*Moreno Ruiz, Cristina*

*Filiación: Psicólogo, Universidad de Salamanca, Salamanca.*

*López Rico, Mercedes*

*Filiación: Profesora titular, Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca, Salamanca.*

## RESUMEN

**Introducción:** Uno de los objetivos básicos en la formación de futuros especialistas en psiquiatría infantil debe ser su capacitación en técnicas específicas de salud mental comunitaria. El profesional ha de adquirir las habilidades suficientes para ejercer labores de diagnóstico, tratamiento y prevención, en el ámbito de atención primaria. Se presenta, como modelo de intervención, nuestra metodología y protocolos para colaborar en la elaboración de un diseño curricular común.

**Material y Métodos:** La propuesta de nuestros protocolos de historia clínica y de informe escolar se muestra aplicada a 147 pacientes atendidos en primera consulta, durante un periodo de 6 meses. En este modelo se realizan coordinaciones con los pediatras, orientadores y profesores de colegios e institutos y servicios sociales de la zona.

**Resultados:** Se diagnosticaron Trastornos adaptativos en 79 casos (54%) de los que 14 (9,5%) eran Trastornos por Estrés Postraumático. Diagnósticos de TDAH y Trastornos de Conducta se dieron en 50 pacientes (34%). Depresiones se confirmaron en 31 casos (21%) y Trastornos de Ansiedad en 24 (16%). Las dificultades de relación interpersonal se observaron en 98 familias (67%) y eran motivadas por: problemas paterno-filiales en 34 ocasiones (23%), cambios de cultura en 26 casos (17,6%), duelos por pérdidas significativas en 8 pacientes (5,4%) y situaciones de maltrato infantil en 13 víctimas (8,8%). El protocolo de informe escolar fue solicitado a los profesores de todos los pacientes; y, a su recepción, se concertaron entrevistas presenciales en los propios centros académicos en 112 casos (76%). Ambos protocolos permitieron visualizar las distintas vías de abordaje terapéutico y concretar los tratamientos multidisciplinares que fueron psicológicos en 144 pacientes (98%), farmacológicos en 67 (46%), sociales en 25 (17%) y educativos en 130 de los 147 niños y adolescentes atendidos (89%). En las reuniones con orientadores escolares y profesores, se plantearon las pautas concretas de intervención en cada caso; y, paralelamente, se desarrollaron habilidades específicas de prevención global de comportamientos violentos, abusos y conductas problemáticas de riesgo adictivo.

### Conclusiones:

1ª. Para mejorar el diagnóstico en psiquiatría infanto-juvenil es necesario establecer protocolos que faciliten la elaboración de una anamnesis correcta.

2ª. Los protocolos presentados favorecen la adquisición de competencias prácticas en las actividades de coordinación con todos los profesionales implicados en la atención a la salud mental de niños y adolescentes.

### REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Hamilton J & Cuhadaroglu-Cetin F: Evidence-based practice in child and adolescent mental health. In Rey JM (editor). IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and allied Professions. 2012.

### NUESTRA VISIÓN HACIA EL CUIDADO: ABORDAJE POR CAMPOS DE INTERVENCIÓN

*Cubas Herrero, Lorena.*

*Diplomada Universitaria de Enfermería, Enfermera Especialista en Salud Mental. Unidad de Hospitalización de Salud Mental Infanto-Juvenil, Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. locuhevlc@hotmail.com*

*Blanco Pérez, María Dolores*

*Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Unidad de Hospitalización de Salud Mental Infanto-Juvenil, Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. nanaja964@hotmail.com*

*Escobar Palomares, Ana Isabel*

*Diplomada Universitaria de Enfermería, Enfermera Especialista en Salud Mental. Unidad de Hospitalización de Salud Mental Infanto-Juvenil, Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. anaescobarpalomares@gmail.com*

*Gómez Corral, María Teresa*

*Diplomada Universitaria de Enfermería, Enfermera Especialista en Salud Mental. Unidad de Hospitalización de Salud Mental Infanto-Juvenil, Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. aremusatere@hotmail.com*

*Gregorio Sánchez, Jaime*

*Diplomado Universitario de Enfermería, Enfermero Especialista en Salud Mental. Unidad de Hospitalización de Salud Mental Infanto-Juvenil, Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. jagresa@gmail.com*

*Lozano Blázquez, Belén*

*Diplomada Universitaria de Enfermería, Enfermera Especialista en Salud Mental. Unidad de Hospitalización de Salud Mental Infanto-Juvenil, Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. jarapa2@hotmail.com*

### RESUMEN

**Introducción:** El concepto de “cuidados” ha sido analizado desde diferentes ámbitos de las profesiones sanitarias, y entre ellas destaca la Enfermería que ha convertido el cuidado en su razón de ser.

La enfermería moderna está sustentada en una práctica metódica que tiene como eje central el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) o Proceso de Cuidados, caracterizado por ser sistemático, dinámico

y basado en la evidencia científica. Además, utiliza un lenguaje común que unifica criterios mediante el uso de los diagnósticos de enfermería NANDA, que se interrelacionan con los objetivos NOC e intervenciones de enfermería NIC.

Esta metodología orienta al equipo para lograr la resolución de los objetivos previamente consensuados, mediante la aplicación de intervenciones que están clasificadas en 7 campos: fisiológico básico, fisiológico complejo, conductual, seguridad, familia, sistema de salud y comunidad.

El trabajo en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental Infanto-Juvenil (UHSMIJ) requiere adaptar todas estas intervenciones debido a la heterogeneidad de los pacientes y necesidades detectadas, así como la especialización del personal de Enfermería.

Nuestro objetivo es describir los cuidados impartidos por el personal de enfermería en la UHSMIJ en base a los campos de intervención del proceso de cuidados.

**Material y Métodos:** Comunicación de tipo descriptivo de los procedimientos de trabajo del personal de Enfermería en la UHSMIJ del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón (CHPC) utilizando como base teórica los Patrones funcionales de M.Gordon y las taxonomías NANDA, NOC y NIC.

**Resultados:** Establecer un proceso práctico de aplicación y catalogación de los cuidados de enfermería prestados en la UHSMIJ tomando como base los campos de intervención NIC.

**Conclusiones:** Resaltar la necesidad de transformar y adecuar la administración tradicional de cuidados prestados a los pacientes por una actividad estratégica, eficiente y metódica del proceso de cuidados, sentando las bases de un futuro estudio de calidad de las intervenciones de enfermería aplicadas en la UHSMIJ. Y por otro lado, reforzar la convicción de la necesidad de la figura de personal de Enfermería Especialista en el área de Salud Mental.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sales R. Análisis del proceso de cuidados de enfermería en una sala de Psiquiatría [Doctorado]. Universidad de Sevilla; 2005.
2. Bulechek G. Clasificación de intervenciones en

enfermería (NIC), sexta edición. 1st ed. Barcelona: Elsevier España; 2014.

3. Herdman Tkamitsuru S. Diagnósticos enfermeros. 1st ed. Barcelona: Elsevier; 2015.
4. Moorhead S. Clasificación de resultados en enfermería (NOC). 1st ed. Barcelona: Elsevier España; 2014.
5. Tejedor García M., Etxabe Marceil M. Guía práctica de informes de enfermería en salud mental. 1st ed. Barcelona: Glosa; 2007.

## ESTABILIDAD DEL DIAGNÓSTICO TEA CON LA APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS DEL DSM-5

*Blázquez Hinojosa, Ana. Médico especialista en psiquiatría. Adjunta Servicio Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínico, Barcelona. abhinojo@clinic.ub.es*

*Calvo Escalona, Rosa. Psiquiatra. Jefe de Sección. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, Hospital Clínic, Barcelona. CIBERSAM*

*Eva Varela Bodenlle. Médico especialista en psiquiatría. Adjunta Servicio Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínico, Barcelona.*

*Puig Navarro, Olga. Licenciada en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Doctora por la Facultad de Medicina. Adjunta Servicio Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona. 2014SGR489. CIBERSAM.*

*Luisa Lázaro García. Psiquiatra. Jefe de Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona. IDIBAPS. CIBERSAM*

## RESUMEN

**Introducción:** En el DSM-IV-TR se definía el autismo (AD) y sus trastornos asociados como Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD). La propuesta para el DSM-5 incluyó cambiar de un modelo multicategorial a una categoría única: Trastornos del Espectro Autista (TEA). Investigadores y clínicos han mostrado preocupación por la posibilidad de excluir a algunas personas del diagnóstico de autismo con los nuevos criterios. Los estudios sobre la sensibilidad y la especificidad de estos nuevos criterios muestran resultados contradictorios. Así, algunos (1) encontraron que el 91% de los niños con diagnóstico de TGD

mantendrían el diagnóstico con criterios DSM-5, mientras que otros (2) obtuvieron sensibilidades inferiores con los nuevos criterios. En general, (1,3) se obtuvo una mejor especificidad con criterios DSM-5.

**Material y Métodos:** Se revisaron 129 historias de pacientes en los que se había realizado la entrevista para el diagnóstico de autismo (ADI-R) (entre setiembre de 2003 y mayo de 2016). Se obtuvieron datos de 118 pacientes. Se dividió la muestra según edad en 2 grupos: 4 a 10 años y mayores de 10. Los ítems del ADI-R se asignaron a diferentes grupos siguiendo criterios DSM-5 y DSM-IV-TR, según la metodología aplicada en estudios previos (1).

**Resultados:** 88/118 pacientes fueron diagnosticados de TGD. 86,4% género masculino, 13,6% género femenino. 18 cumplían criterios de AD, 47 de síndrome de asperger (AS) y 23 de trastorno generalizado del desarrollo no especificado (TGDNOS). La sensibilidad con DSM-5 para TEA fue 0,88 con una especificidad de 0,86. Con DSM-IV-TR la sensibilidad para AD fue 0,89, especificidad 0,69; en AS sensibilidad 0,92, especificidad 0,56 y en TGDNOS 0,71, especificidad 0,68. Al dividir la muestra por género, edad y coeficiente intelectual sensibilidad y especificidad adecuada con DSM-5. Los pacientes diagnosticados de AD y AS mantendrían en un 84% el diagnóstico de TEA.

**Conclusiones:** La mayoría de los pacientes TGD cumplirían criterios TEA acorde a las puntuaciones del ADI-R. Así pues, los criterios DSM-5 clasifican de forma correcta a la mayoría de los pacientes TEA, aunque excluirían a aquellos con puntuación inferior al punto de corte en alteraciones de la comunicación. La especificidad fue superior con DSM-5. Estabilidad más baja para TGDNOS, que se transformaría en trastorno de la comunicación social.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Huerta M, Bishop S, Duncan A, Hus V, Lord C. Application of DSM-5 Criteria for Autism Spectrum Disorder to Three Samples of Children With DSM-IV Diagnoses of Pervasive Developmental Disorders. *Am J Psychiatry* 2012; 169:1056–1064.
2. McParland JC, Reichow B, Volkmar FR.

Sensitivity and specificity of proposed DSM-5 diagnostic for autism spectrum disorder. *J Am Acad Adolesc Psychiatry* 2012; 51 (4): 368-383.

3. Frazier TW, Youngstrom EA, Kubu CS, Sinclair L, Rezaei A: Exploratory and confirmatory factor analysis of the Autism Diagnostic Interview-Revised. *J Autism Dev Disord* 2008; 38:474–480

## IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN TALLER PARA LA SENSIBILIZACIÓN Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA UNIDAD DE CRISIS DE ADOLESCENTES DE LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA UNIVERSITARIA INSTITUT PERE MATA

*Herrera Ramos, Isaac*

*Enfermero en Unidad de Crisis de adolescentes. Clínica Universitària Institut Pere Mata de Reus. Diplomado Universitario en Enfermería. isaakhera@hotmail.com  
Sanjurjo Ocaranza, Iria. Psicóloga Clínica Unidad de Crisis de Adolescentes. Clínica Universitaria Institut Pere Mata de Reus.*

## RESUMEN

**Introducción:** Frecuentemente, los adolescentes ingresados en la Unidad Crisis Adolescentes (UCA) de la Clínica Universitària Institut Pere Mata, Reus, describen conductas enmarcadas dentro de la violencia de género. Ya sean conductas percibidas de sus parejas o conductas que ellos manifiestan hacia éstas, llegando a normalizar comportamientos violentos y agresivos, justific ndolos como propios y asumiéndolos en el marco de una relación sana.

Implementar un taller de Enfermería para Sensibilización en Prevención de Riesgos de Violencia de Género en Adolescencia para usuarios de UCA, donde trabajar aspectos como relación sana, amor, sensibilización y capacidad para identificar situaciones de violencia en la pareja ayudaría a mejorar situaciones de vulnerabilidad para este colectivo. Introduciendo conceptos como control, respeto, relaciones de poder, celos, asertividad o tolerancia, dispondrían de elementos para prevenir, identificar y solicitar ayuda ante este tipo de situaciones.

**Material y Métodos:** Tres sesiones semanales de 50 minutos cada una, impartidas por enfermería a un grupo máximo de 10 usuarios.

**Escala:** Cuestionario-Autodiagnóstico sobre competencias necesarias para mantener relaciones igualitarias.

- Dossier para personal docente.
- Visualización videos y Power Point.
- Entrevista semi-estructurada (1usuario).
- Grupo focal (6 usuarios).
- Debate, discusión.
- Registro de actividad, recogida de datos (Excel).

**Resultados:** Diferencias significativas en resultados pre y post en la evaluación de la escala. La mayoría de usuarios identifica y detecta situaciones susceptibles de constituir violencia de género.

**Conclusiones:** Evaluación pre: porcentaje elevado de adolescentes presentan una percepción de las conductas en las relaciones de pareja susceptibles de enmarcarse como propias de violencia de género, incluso normalizarlas.

Evaluación posterior al taller: podemos concluir que una intervención dirigida a la sensibilización y prevención de violencia de género conlleva un cambio en la percepción de adolescentes hacia las conductas que se consideran propias de una relación de pareja sana.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amurrio Velez, M., Del Valle Loroño, A. I., Larrinaga Renteria, A, Usategui Basozabal, E. Violencia de género en las relaciones de pareja de adolescentes y jóvenes de Bilbao. Zerbitzuan. Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea [Internet]. 2010 [Consultado 12 Noviembre 2016]; 47: 121-134. Disponible en: <http://www.zerbitzuan.net/buscador.php?op=6>
2. De Miguel Luken V. Percepción de la Violencia de Género en la Adolescencia y la Juventud. Colección Contra la Violencia de Género. Documentos. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Madrid (España); 2015 [Consultado 2 Octubre 2016]; 20. Disponible

en: [http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/Libro20\\_Percepcion\\_Social\\_VG.pdf](http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/Libro20_Percepcion_Social_VG.pdf)

## USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS (NT) EN NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES CON Y SIN RASGOS DE AUTISMO EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL.

*Ribes Carreño, Víctor*

*Filiación: Médico Psiquiatra. Terapeuta Familiar. Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. E-mail de contacto: vribes@fundacioorienta.com*

*Mezzatesta Gava, Marcela*

*Filiación: Médica Psiquiatra. Psicoterapeuta. Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.*

*Montañés Virgili, Celia*

*Filiación: Psicóloga Clínica. Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.*

*Goterris Bonet, Lidia*

*Filiación: Farmacéutica especialista en Microbiología Clínica. Diplomatura en Estadística en Ciencias de la Salud (UAB). Hospital General de Granollers, Barcelona.*

## RESUMEN

**Introducción:** Pese a que las nuevas tecnologías(NT) tienen un rol integral para la mayoría de niños y adolescentes, existe una preocupación creciente en torno a su uso compulsivo(1).

**Objetivo:** Evaluar las características del uso de NT en pacientes menores de 18 años y con y sin rasgos de autismo.

**Material y Métodos:** Se incluyeron 32 pacientes y sus padres atendidos en un centro de salud mental infanto-juvenil, a los que se les facilitó un cuestionario diseñado ad-hoc.En el caso de los progenitores incluía: datos socio-demográficos, horas/uso de NT por parte de los padres e hijos, tipo de nuevas tecnologías, edad de inicio, contenidos, medidas de control parental, aspectos que pudieran indicar una conducta adictiva(2,3), y el SCQ(4). En el caso de los pacientes, rellenaron un cuestionario

168

sobre uso de Internet y videojuegos así como una escala sobre conductas adictivas.

Los pacientes incluidos se dividieron en dos grupos en función de la puntuación SCQ: grupo A ( $SCQ \geq 15$ , sospecha de TEA (trastorno del espectro autista)); grupo B ( $SCQ \leq 15$ ), población clínica. Para el análisis estadístico de comparación de grupos se utilizó el test de Fisher o chi-cuadrado así como el test de t de Student según procediera. Se consideraron valores estadísticamente significativos aquellos con  $p < 0.05$ .

**Resultados:** No se encontraron diferencias significativas en cuanto a los datos sociodemográficos ni académicos y tampoco en cantidad de horas/día de NT.

Respecto a características de uso, se observó que los sujetos del grupo A, juegan más en línea con desconocidos que los del Grupo B ( $p = 0.049$ ). Respecto a la edad de inicio de sistemas de mensajería, los individuos del grupo B comenzaron a una edad más temprana que los del A ( $p = 0.048$ ). En cuanto a conductas adictivas, se observó una tendencia a respuestas agresivas mayor en el Grupo B respecto al Grupo A ( $p = 0.062$ ). Los padres del grupo A, observaron una menor interferencia del uso de las NT en la vida de sus hijos/as, comparado con el grupo B ( $p = 0.037$ ). En el caso de los pacientes, en los del Grupo B se observó una mayor restricción de uso ( $p = 0.036$ ) y, del mismo modo, tienden a reconocer con mayor

frecuencia que han perdido la noción del tiempo usando internet ( $p = 0.057$ ).

**Conclusiones:** Se encontraron diferencias significativas en cuanto a las características de uso de NT y las conductas adictivas, lo que podría corresponder a diferencias en cuanto a la socialización e insight en los pacientes y una menor alarma en las familias de pacientes con TEA.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MacMullin JA, Lunskey Y, Weiss JA. Plugged in: Electronics use in youth and young adults with autism spectrum disorder. *Autism*. 2016. 20(1):45-54
2. Young KS. Internet Addiction: The Emergence of a New Clinical Disorder. *CyberPsychology & Behavior*. 1998 Jan;1(3):237-244.
3. Mak KK, Lai CM, Ko CH, Chou C, Kim DI, Watanabe H. Psychometric properties of the Revised Chen Internet Addiction Scale (CIAS-R) in Chinese adolescents. *J Abnorm Child Psychol*. 2014 Oct;42(7):1237-45
4. Eaves LC, Wingert HD, Ho HH, Mickelson EC. Screening for autism spectrum disorders with the social communication questionnaire. *J Dev Behav Pediatr*. 2006 Apr;27(2 Suppl):S95-S103.

## CONFERENCIAS

### ESTIMULANTES O NO ESTIMULANTES. EN TDAH, ESA ES LA CUESTIÓN

*Jose Martinez-Raga  
Unidad Docente de Psiquiatría y Psicología Clínica,  
Hospital Universitario Doctor Peset & Universitat de  
Valencia*

Con frecuencia el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) no es identificado en la práctica clínica, particularmente en adultos que no han sido diagnosticados previamente durante la infancia o adolescencia. Como consecuencia, el trastorno es infradiagnosticado y el paciente no recibe el tratamiento adecuado. Sin embargo, tal como evidencian estudios longitudinales, los síntomas persisten en la edad adulta en al menos dos terceras partes de pacientes y al menos un 50% de niños y adolescentes diagnosticados de TDAH continúan presentando el síndrome completo en la edad adulta, de modo que se estima que el 3-5% de la población adulta presenta TDAH. Aunque el abordaje multimodal basado en un enfoque biopsicosocial es considerado como el tratamiento de elección en el TDAH, las intervenciones farmacológicas son consideradas como un elemento esencial en el abordaje del TDAH en niños, adolescentes y adultos, tal como indican las diversas guías y consensos clínicos. En la práctica clínica existen dos grandes grupos de fármacos indicados para el tratamiento del TDAH: estimulantes y no estimulantes. En la práctica clínica existen diversos factores como es la respuesta previa a la medicación; así por ejemplo, aproximadamente un 30% de pacientes no responden adecuadamente al tratamiento con estimulantes. Así mismo, es necesario considerar el perfil de tolerabilidad, seguridad y efectos adversos de los diferentes medicamentos, tanto a corto como a largo plazo, el potencial de abusos de los diversos fármacos, la coexistencia de trastorno de tics o de Síndrome de Gilles de la Tourette, así como la concurrencia de otros trastornos

mentales comórbidos. De hecho, a lo largo de la vida, los individuos con TDAH presentan tasas más elevadas de otros trastornos psiquiátricos comórbidos, incluyendo el trastorno negativista desafiante, los trastornos de conducta, trastornos depresivos y de ansiedad, trastornos de la personalidad, trastorno bipolar o los trastornos por consumo de sustancias.

Así mismo, es necesario implementar estrategias efectivas para optimizar la transición de los Servicios de Pediatría y de Salud Mental Infantil y Adolescente a los Servicios de Adultos, considerando que muchos adolescentes abandonan el tratamiento antes, durante y después de la transición a los servicios de adultos. Por ello, a la hora de planificar el tratamiento del niño y adolescente con TDAH, es importante asegurar una adecuada transición del paciente a los servicios de adulto, teniendo en cuenta además que desde la perspectiva individual, familiar y de la sociedad, los beneficios a largo plazo del tratamiento (farmacológico) del TDAH se extienden más allá de la mejoría de los síntomas específicos del trastorno.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martinez-Raga J, Ferreros A, Knecht C, de Alvaro R, Carabal E. Attention-deficit hyperactivity disorder medication use: factors involved in prescribing, safety aspects and outcomes. *Ther Adv Drug Saf* 2017; 8:87-99.
2. Robb A, Findling RL. Challenges in the transition of care for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Postgrad Med* 2013; 125:131-40.
3. Roskell NS, Setyawan J, Zimovetz EA, Hodgkins P. Systematic evidence synthesis of treatments for ADHD in children and adolescents: indirect treatment comparisons of lisdexamfetamine with methylphenidate and atomoxetine. *Curr Med Res Opin* 2014; 30:1673-85.

## DESORGANIZACIÓN DEL APEGO Y EL TRASTORNO TRAUMÁTICO DEL DESARROLLO (TTD)

ROSA J MOLERO MAÑES

*Dra en Psicología, Logopeda, experta en intervención terapéutica y orientación y mediación familiar, Clínica y Consultora europea por el comité europeo de EMDR, especialista europea en psicoterapia (Europsy). Profesora asociada de la Universidad de Valencia y en estos momentos Directora General de Infancia y Adolescencia.*

El apego es el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres (o cuidadores) y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para un buen desarrollo de la personalidad. La tesis fundamental de la Teoría del Apego es que el estado de seguridad, ansiedad o temor de un niño es determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto (persona con que se establece el vínculo). El apego proporciona la seguridad emocional del niño: ser aceptado y protegido incondicionalmente. Este planteamiento también puede observarse en distintas especies animales y que tiene las mismas consecuencias: la proximidad deseada de la madre como base para la protección y la continuidad de la especie.

Las transacciones emocionales del apego seguro implican por parte de los progenitores, respuestas emocionalmente sensibles a las señales del niño o niña que pueden servir para amplificar los estados emocionales positivos del niño y para modular los negativos. En particular, la ayuda de los progenitores en la reducción de las emociones incómodas, como el miedo, la ansiedad o la tristeza, permite al niño tranquilizarse y, a su vez, le proporciona un refugio seguro ante el malestar. (Siegel, 2005)

El sistema de apego mantiene un equilibrio entre las conductas exploratorias y las conductas de proximidad, en función de la accesibilidad de la figura de apego y de los peligros presentes en el entorno físico y social. Es importante recordar que cuando el niño pone en funcionamiento su sistema de apego, el adulto debe poner en funcionamiento su sistema de cuidado, así es como funciona o debería funcionar. Para Bowlby, la búsqueda de la proximidad (incluyendo la protesta ante la separación), la base segura y el refugio seguro son

los tres rasgos definitorios, y las tres funciones, de una relación de apego.

Las experiencias vitales, su interpretación y su almacenaje en complejas redes de memoria, desde incluso antes del nacimiento, irán configurando la personalidad y las estructuras cerebrales, tal y como la neurociencia está demostrando. Las relaciones en las que quien habitualmente cuida, atiende a un niño o una niña, la expone también a maltratos, abusos o negligencia emocional, influyen de manera estable el desarrollo mental. Así, por ejemplo se ha constatado que la negligencia y el maltrato en los primeros dos años de vida son factores de riesgo, activos en todo el arco vital, para el desarrollo de patologías relacionadas con trauma y disociación, estableciendo una correlación entre el trauma psicológico y cambios concretos en el cerebro (Ogawa et al. 1997, Liotti, 2004, 2011).

La calidad del desarrollo de los miembros de la familia depende de la calidad de las relaciones que han establecido. Desde esta perspectiva evolutiva, las interacciones tempranas padres-hijos van a constituir un aspecto central y básico de la teoría del apego de Bowlby. Mary Ainsworth nos permite establecer una clasificación de las conductas de apego y son Main y Solomon quienes nos aportan bajo la denominación de apego desorganizado los perfiles más complejos y perturbadores.

Las huellas emocionales (memoria no narrativa) relacionadas con vínculos relacionales o de apego no seguros (negligencia, abandonos...) van a requerir de experiencias relacionales correctivas y experiencias reparadora que tengan en cuenta las emociones, las sensaciones físicas y las cogniciones (pensamiento).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ainsworth, Blehar, M.C., Waters, E. y Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale: Erlbaum.
2. Ainsworth, M.D.S. y Wittig, B.A. (1969): Attachment and exploratory behaviour of one-year-olds in strange situation (pp. 111-136), en B. M. Foss (eds.), Determinants of infant behavior, Londres, Methuen.
3. Bateman, A.W. y Fonagy, P. (2006). Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con el paziente borderline. Milano: Raffaello Cortina Editore.
4. Bowlby, J. (1951): Cuidados maternos y salud

- mental. Buenos Aires: Humanitas, 1982.
5. Bowlby, J. (1969). Attachment and loss, vol.1: Attachment. Nueva York: Basic Books. (Trad. Cast.: El vínculo afectivo. Barcelona: Paidós 1993).
  6. Bowlby, J. (1973). Attachment and loss, vol.2: Separation. Nueva York: Basic Books. (Trad. Cast.: La separación afectiva. Barcelona: Paidós 1993).
  7. Bowlby, J. (1980). Attachment and loss, vol.3: Loss, sadness and depression. Nueva York: Basic Books.
  8. Cantón, J. y Cortés, M. R. (2000). El apego del niño a sus cuidadores. Madrid: Alianza Editorial
  9. Harlow, H. (1959). El amor en las crías de los monos. *Psicobiología evolutiva*. Barcelona: Fontanella, 1976.
  10. Harlow, H. y Harlow, M.K. (1962). La privación social en los monos. *Psicología Evolutiva*. Barcelona: Fontanella, 1976.
  11. Harlow, H. y Harlow, M.K. (1966). Aprendiendo a Amar en J. Delval (comp.) *Lecturas de psicología del niño*, vol. 1. Madrid: Alianza, 1978.
  12. Hesse, E.; Main, M.; Abrams, K. y Yrifkin, A. (2003). Unresolved states regarding loss or abuse can have “second generation” effects. Disorganized, role-inversion and frightening ideation in the offspring of traumatized non-maltreating parents. En Solomon, M.F.; Siegel, D.J. *Healing Trauma: Attachment, Mind, Body and Brain*. New York: Norton, 57-106.
  13. Hughes, J. (2006). Violence and health: The challenges of how we talk, about, conceptualize, and address violence. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 30,4,27-30.
  14. Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 472-486.
  15. Liotti, G. (2007). Internal working models of attachment in the therapeutic relationship. En Gilbert, O. y Leahy, R.L. *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioral Psychotherapies*. London: Routledges, 143-161.
  16. Liotti, G. y Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensioni dissociativa*. Milano. Raffaello Cortina Editore.
  17. Main, M. & Hesse, E. (1990). Parents' Unresolved Traumatic Experiences are related to Infant Disorganized Attachment Status: Is frightened/frightening parental behavior the linking mechanism? In M. Greenberg, D. Cicchetti & M. Cummings (Eds.), *Attachment in the Preschool Years*, pp. 161-182. Chicago: University of Chicago Press.
  18. Main, M. & Solomon, J. (1986) Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. Yogman (Eds), *Affective development in infancy*, pp. 95-124. Norwood, New Jersey: Ablex.
  19. Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying disorganized/disoriented infants during the Ainsworth Strange Situation. In M. Greenberg, D. Cicchetti & M. Cummings (Eds), *Attachment in the preschool years*, pp. 121-160. Chicago: University of Chicago Press.
  20. Moss, E.; Cyr, C. y Dubois-Comtois, K. (2004). Attachment at early school age and developmental risk: Examining family context and behavior problems of controlling-caregiving, controlling-punitive, and behaviorally disorganized children. *Development and Psychopathology*, 40, 519-532.
  21. Ogawa, J.R.; Sroufe, L.A.; Weinfield, N.S.; Carlson, E.A. y Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a non-clinical samples. *Development Psychopathology*, 9, 855-879
  22. Rothbaum, F.; Rosen, K.; Ujjiie, T. y Uchida, N. (2002). Family Systems Theory, Attachment Theory, and Culture. *Family Process*, vol. 4, n° 3 pp. 328-350.
  23. Shore, A.N. (2003) *Affect Disregulation and the Disorders of the Self*. Norton, New York
  24. Siegel, D.J. y Hartzell, M. (2005). Errori da non ripere. Come la conoscenza della propria storia aiuta a essere genitori. Milano. Raffaello Cortina Editore.
  25. Siegel, D.J., Payne, T. (2012). *El cerebro del niño*. Barcelona. Editorial Alba
  26. Soto, P. y Moreno, A. (1994). Las representaciones de la maternidad y la teoría del apego. *Infancia y sociedad*, 27/28, pp. 350-368.
  27. Van der Kolk, B.A. (2005). *Il Disturbo Traumatico dello Sviluppo: verso una diagnosi razionale per I*

bambini cronicamente traumatizzati. In Caretti, V.; Capraro, G. Trauma e Psicopatologia. Astrolabio, Roma 2009, 81-93.

## EMOCIÓN EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

*Luis Rojo.*

*Catedrático Psiquiatría. Universidad de Valencia. Jefe de la Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil y de TCA. HUIP La Fe. Valencia*

### RESUMEN

La triada de Beck emoción-cognición-comportamiento, fundamentó el desarrollo de nuevas estrategias de comprensión e intervención sobre los trastornos depresivos. Lejos de quedarse en este contexto nosológico, la modificación de las estructuras cognitivas disfuncionales se ha convertido en las últimas décadas en una diana en casi la totalidad de las alteraciones psicopatológicas. En el campo de las alucinaciones auditivas, en pacientes psicóticos, por citar un ejemplo, las intervenciones cognitivo-conductuales constituyen un modo terapéutico exitoso.

No podía ser menos en el ámbito de los trastornos alimentarios. En la Bulimia Nerviosa los resultados de las intervenciones cognitivo-conductuales, mejor vistas por los pacientes que la utilización de fármacos, las hacen aconsejables ya que reducen de manera significativa los comportamientos o los ciclos de atracón-vómito. En el caso de la Anorexia Nerviosa, los datos no son tan optimistas.

Curiosamente, en el contexto de esta exaltación de los beneficios de lo cognitivo-conductual, hay quien se ha declarado discrepante. En mi experiencia profesional, la supervisión de pacientes sometidas a regímenes cognitivo-conductuales estrictos me ha producido siempre una cierta incomodidad. No dudas sobre su eficacia potencial, sino una sensación de dejar de lado algo fundamental en la maquinaria psicológica/psicopatológica. Si bien, las disfunciones cognitivas se pueden construir desde necesidades muy variadas e incluso pueden tener hasta arraigos genéticos, en un modelo dinámico los constructos cognitivos se generan con una clara finalidad adaptativa y se reconstruyen o se reestructuran cuando esta finalidad se pierde y se requieren otros más funcionales. Lo anómalo proviene de la incapacidad de proceder a esta

renovación, quedándonos enjaulados en sistemas de elaboración psicológica, arcaicos o inapropiados.

La clave en estos procesos de construcción, deconstrucción o rehabilitación de nuestros sistemas adaptativos son las experiencias, la elaboración que se hace de ellas y su repercusión emocional. El componente emocional es la clave personal que define la experiencia y sus repercusiones. El temperamento, en su sentido más clásico, las incidencias biográficas y nuestras estructuras/funciones cerebrales son sus condicionantes. Entre las repercusiones de los estados emocionales hay que contar con los comportamientos y los propios esquemas cognitivos en un proceso de abajo a arriba al que no siempre se ha dado el relieve que se merece. Vanderlinden no hace demasiado tiempo (2008) cuestionaba la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales. En un contexto terapéutico basado en la evidencia, se ha dado un valor desmedido a la cognición y se ha hecho un esfuerzo excesivo en tratar de modificar los estados psicopatológicos acudiendo a esta vía. Sostiene que algo falla cuando esta intervención sólo es positiva en el 40-50% de los pacientes con BN y no ha demostrado ser eficiente en la AN. Algo, por tanto, no encaja en un modelo estrictamente cognitivo-conductual. Ese mismo autor sostiene que se ha dejado de lado un aspecto primario en la concepción de la psicopatología alimentaria, que es el componente emocional. Mientras no haya un mínimo arreglo emocional, la formación de nuevos esquemas cognitivos no se facilita, especialmente si existen experiencias traumáticas previas. Los esquemas emocionales son determinantes de los significados personales de las experiencias y es imprescindible intervenir sobre ellos si se pretende que haya una modificación ulterior de los esquemas cognitivos disfuncionales. Técnicas que ayudan a la re-experimentación emocional facilitarían el proceso de cambio.

En definitiva, traer al centro de atención la importancia de las emociones en la génesis y tratamiento de los TCA constituye un evento de interés.

En la ponencia se van aportar datos sobre: comorbilidad emocional en TCA, psicopatología asociada (SCL-90), dificultad de expresión emocional en TCA (Alexitimia), modelos emocionales en los TCA, modelo de intervención sobre casos hospitalizados de AN y satisfacción de usuarios y familiares sobre el proceso de intervención

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Panksepp, J. (2011). Cross-species affective neuroscience decoding of the primal affective experiences of humans and related animals. *PLoS One*, 6, e21236.
2. Rojo et al. Hospitalización por trastornos de la conducta alimentaria. Satisfacción de pacientes y familiares. *Actas Esp Psiquiatr* 2009;37(5):267-275
3. Rojo Moreno L, et al. Los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones sobre nosología, etiopatogenia y tratamiento en el siglo xxi. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2012. doi:10.1016/j.rpsm.2012.02.002
4. Treasure, J.L. Emotion in Eating Disorders. *Eur. Eat. Disorders Rev.* 20 (2012) 429–430
5. Vanderlinden 2008. Many roads lead to Rome. Why does cognitive behavioural therapy remain unsuccessful for many eating disorders patients? *European Eating disorders review.* *Eur. Eat. Disorders Rev.* 16, 329–333.

## EL ENGAGEMENT DE TRABAJO: ¿CUANDO EL TRABAJO TE APORTA FELICIDAD!

*Dra. Marisa Salanova. Catedrática de Psicología Social (Universitat Jaume I de Castelló - UJI). Directora del Equipo de Investigación WANT – Prevención Psicosocial y Organizaciones Saludables (www.want.uji.es)*

### RESUMEN

Durante la conferencia presentaré el concepto de “engagement en el trabajo”, que se refiere al funcionamiento óptimo de las personas en las organizaciones, caracterizado por ser un estado psicológico positivo caracterizado por altos niveles de energía y vigor, dedicación y entusiasmo en el trabajo, y la sensación de estar completamente absorto durante el trabajo. Un concepto muy cercano al “flow” o sensación

de fluir y disfrutar del trabajo desde una perspectiva hedónica pero también eudaimónica. Discutiremos el concepto y la medida del engagement, ya que está relacionado con las demandas y recursos del trabajo, los recursos psicológicos personales, la relación entre el engagement y el desempeño (el trabajador feliz y productivo), así como las últimas conclusiones sobre el engagement y la edad, el género, el contagio emocional, influencia social, etc. También hablaré de los mecanismos psicológicos subyacentes al engagement en el trabajo, así como de las intervenciones positivas individuales y organizacionales para mejorar el engagement y con ello al excelencia en las organizaciones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salanova, M. y Schaufeli, W.B. (2009). El engagement de los empleados. Cuando el trabajo se convierte en pasión. Madrid: Alianza Editorial. ISBN 978-84-206-6854-3
2. Salanova, M., López-González, A.A., Llorens, S., Del Libano M., Vicente-Herrero, M. T., & Tomás Salvá, M. (2016). Your Work May be Killing You! Workaholism, Sleep Problems and Cardiovascular Risk. *Work & Stress*, 30,3, 228–242 (JCR Impact Factor 2014: 2.386 Psychology, Applied Q1 ranking 11/76).
3. Salanova, M.; Del Libano, M.; Llorens, S. & Schaufeli, W.B. (2014). Engaged, Workaholic, Burned-out or just 9-to-5? Toward a Typology of Employee Well-being. *Stress and Health*, 30, 71-81. JCR Impact Factor 2012= 1.036, 5 Year IF 1.192 (Psychiatry Q3. Ranking 88/121) DOI: 10.1002/smi.2436
4. Schaufeli, W.B. & Salanova, M. (2011). Work engagement: On how to better catch a slippery concept. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 20 (1), 39-46. JCR= 1.962 (Psychology, Applied Q2 Ranking 19/73). DOI: 10.1080/1359432X.2010.515981. <http://dx.doi.org/10.1080/1359432X.2010.515981> . ISSN 1359-432X

---

## CONFERENCIA DE CLAUSURA

---

### LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE. UN DESAFÍO PARA LA NUEVA PSIQUIATRÍA

*María Jesús Mardomingo Sanz*  
*Doctora en Medicina*  
*Especialista en Psiquiatría del niño y del adolescente*

#### ¿Está en crisis la relación médico-paciente?

La relación médico-paciente ha sido uno de los pilares del ejercicio de la medicina desde los tiempos de Hipócrates (1) (2). El encuentro del médico con su paciente, la capacidad de comunicación y la confianza, se han considerado características constitutivas de la buena práctica médica (3) (4). A lo largo de los siglos la relación médico-paciente ha evolucionado de acuerdo con los cambios históricos, sociales, filosóficos y económicos hasta llegar a nuestros días, en los que ha tenido lugar una profunda revulsión de las relaciones humanas, sociales y económicas, como consecuencia de los avances tecnológicos y de la llegada de internet, unos cambios a los que no es ajena la medicina, la psiquiatría, sus objetivos y el modo de ejercerla.

No cabe duda de que el impacto de la tecnología en el diagnóstico y el tratamiento, el descubrimiento de la salud y de la enfermedad como negocio, la aplicación de conceptos empresariales a la gestión de los servicios médicos y psiquiátricos, una nueva perspectiva de los derechos de los pacientes, y los nuevos modos y estilos de vida, han modificado el ejercicio de la medicina, la terminología que se usa o se pretende imponer, la relación médico-paciente y la identidad del médico. Es necesario reflexionar sobre este tema pues la medicina y la psiquiatría son un espejo del mundo.

La relación médico-paciente debe analizarse desde la perspectiva histórica y filosófica y desde la perspectiva clínica, pues ambas son inseparables. ¿Cómo influye en el bienestar del paciente, en la comprensión de su enfermedad, en las decisiones que toma, el compromiso que asume, la adhesión y cumplimiento del tratamiento y la evolución de la enfermedad? ¿Cómo influye en la

ansiedad e incertidumbre ante la enfermedad y en la calidad de vida?

Es más, ¿cómo influye en la satisfacción del médico y en su bienestar, en la certeza de que su trabajo tiene sentido y, además de ser un medio económico, lo realiza como persona? No cabe duda de que la relación médico-paciente representa un desafío para los jóvenes psiquiatras de niños y adolescentes, en un mundo cada vez más complejo, fragmentado y de experiencias fugaces. Está en juego su modo de trabajar, el ámbito intelectual, ético, y humano en el que llevan a cabo su actividad, y tal vez, su satisfacción como médicos y ante la vida.

#### Perspectiva histórica. el legado de la tradición occidental

La relación médico-paciente, tal como ha sido concebida en la sociedad occidental, ha configurado el ejercicio de la medicina desde los tiempos de Hipócrates. Destacan algunos momentos y acontecimientos históricos: el siglo V antes de Cristo con la medicina hipocrática; el Renacimiento con un nuevo concepto del ser humano; el método cartesiano del siglo XVII; el Siglo de las Luces con los derechos humanos y el método científico-natural; y la época contemporánea que incorpora los derechos y valores del paciente.

La medicina hipocrática se caracteriza por la actitud benevolente, benéfica y paternalista del médico con su paciente. El médico busca por encima de todo el bien de su paciente y éste se atiene a sus instrucciones (5). La ética hipocrática propugna de este modo la excelencia moral del médico en el ejercicio de la medicina. Su fin es recuperar la salud, evitar la enfermedad y, ante todo, no dañar.

En el siglo XVI surge un nuevo concepto del cuerpo, y la libertad y la intimidad comienzan a considerarse atributos del ser humano. En 1637 Descartes publica su “Discurso del método” en el que defiende la necesidad de aplicar a la filosofía los principios racionales de la ciencia y de las matemáticas, cuestionando que el principio rector sea, como hasta entonces, la opinión de autoridades

reconocidas. Comienza, aunque de un modo incipiente, la medicina científico-natural, que alcanzará su momento de gloria en el siglo XVIII. La relación del médico con el enfermo no será ajena a estas transformaciones paulatinas. La amistad médica se depura, se hace más esencial y comienza, aunque sea de forma elemental, el respeto a la conciencia del prójimo.

El siglo XVIII supuso una auténtica revolución de las ideas, la estética, las artes, la ciencia, la medicina, y las costumbres. Tiene lugar la Revolución francesa (1789) y surgen los derechos humanos. El enfermo se constituye en sujeto de derechos, más aún, al ser especialmente vulnerable como consecuencia de su enfermedad. La carta de los derechos humanos incluye el derecho a la atención médica, independientemente del origen o condición social de la persona enferma.

Kant, uno de los grandes filósofos de todos los tiempos, considera que conocimiento y razón son inseparables, reconciliando empirismo y racionalismo. Busca unos principios éticos de carácter universal que rijan las relaciones humanas y que puedan ser aplicados en cualquier circunstancia. Uno de los más destacados es el que afirma que “el fin no justifica los medios”. De acuerdo con Kant, el enfermo nunca debe ser un medio por el cual el médico persigue fines ajenos a su bien. Por el contrario, el médico debe tratar al enfermo como un fin en sí mismo y nunca como un instrumento. Kant considera también que en el deber reside la virtud. Solo el médico que cumple con su deber es virtuoso.

La medicina científico-natural se enriqueció en el siglo XIX con el método experimental de Claude Bernard, uno de los grandes hitos en el desarrollo y avance de la ciencia. Supuso un cambio cualitativo que ha tenido consecuencias en la práctica médica y en la actitud terapéutica.

De acuerdo con los postulados del método experimental, los datos de la experiencia tienen que corroborarse mediante la prueba del ensayo y el error, que es la base del método científico. Por lo tanto, la medicina clínica debe basarse en datos, en pruebas, de tal modo que solo se adopten con el paciente aquellas medidas diagnósticas y terapéuticas cuya eficacia haya sido demostrada. Será la puerta de entrada de la medicina de la evidencia o basada en pruebas del siglo XX, que se enriquecerá con la medicina de los valores de nuestro tiempo. El médico está obligado a tener en cuenta el mundo personal de valores del paciente cuando toma decisiones (6).

El médico que desea encontrar la verdad del paciente lo hace en la medida en que le permite ser quién es y tal como es, en la medida en que respeta su libertad, porque verdad y libertad van siempre de la mano. Y esa búsqueda tiene lugar a través de la comunicación y de la relación interpersonal, a través de la relación médico-paciente.

La medicina de los valores no solo incorpora la opinión y los deseos del paciente a la toma de decisiones en la práctica clínica, sino los valores que forman parte de su vida. Los valores del paciente pueden ser conflictivos, problemáticos, incluso contradictorios con la decisión que el médico recomienda. Hacen referencia a categorías como lo bueno y lo malo, lo apropiado y lo inconveniente, lo que aprueba o no aprueba la comunidad a la que se pertenece, lo satisfactorio y lo insatisfactorio, etcétera.

Los fundamentos de este enfoque parten de la filosofía griega con Aristóteles y Heráclito que se ocupan de la búsqueda de la verdad, y se prolongan en la fenomenología de Edmundo Husserl (1859-1938), la filosofía existencial de Martin Heidegger (1889-1976), Jean Paul Sartre (1905-1980), Maurice Merleau Ponty (1908-1961) y Gabriel Marcel (1908-1961), y la filosofía humanista de Pedro Laín Entralgo (1908-2001). ¿Pervive en nuestros días?

Puede resumirse que la filosofía de los valores hunde sus raíces en estas escuelas de filosofía y ha sido desarrollada de modo particular por la Escuela de filosofía analítica de Oxford y Cambridge, con aportaciones de Bertrand Russell, el círculo de Viena y Ludwig Wittgenstein. Emerge de la tradición filosófica occidental.

La relación médico-paciente se va configurando y enriqueciendo de acuerdo con estos postulados, lo que da lugar a un cambio progresivo de paradigma: la medicina hipocrática que se caracteriza por la actitud benevolente y paternalista del médico, como único valedor del bien de su paciente, se complementa con la medicina de los derechos en la Ilustración, que convierte al paciente en un sujeto de derechos con capacidad de autonomía y decisión; continúa en el siglo XIX con la adopción del método científico como base de las decisiones médicas, que a su vez dará origen a la medicina de la evidencia o basada en pruebas del siglo XX; y ya en nuestro tiempo surgirá la medicina de los valores, que requiere que el médico tenga en cuenta el mundo personal de valores del paciente cuando haya que tomar decisiones difíciles que impliquen dilemas éticos. También surge la perspectiva empresarial y como negocio de la atención sanitaria.

## El lenguaje nunca es neutro. la satisfacción de médicos y pacientes

El lenguaje es el hecho cultural por excelencia, se dirige a los demás, expresa lo que somos o lo que nos gustaría ser, lo que pensamos o lo que queremos aparentar. No en vano, Ludwig Wittgenstein afirma: los límites de mi mundo son los de mi lenguaje. El lenguaje es esencial en psiquiatría y medicina y Freud es uno de sus grandes reivindicadores. La realidad condiciona el lenguaje y el lenguaje define el mundo de cada uno de nosotros y el ámbito cultural al que pertenecemos. El lenguaje revela el concepto que tenemos de las enfermedades y de los enfermos, el concepto de psiquiatría y medicina, y en consecuencia, el concepto de relación médico-paciente.

La visión de la medicina y de la psiquiatría desde un enfoque empresarial supone un cambio radical de sus objetivos y del modo en que se ejerce, implica asimismo modificar la terminología, el lenguaje. El paciente se convierte en “cliente” y el médico en “proveedor de servicios”, sean cuales sean. De acuerdo con el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (7), paciente es alguien que padece física y corporalmente y se haya bajo atención médica. Cliente es la persona que utiliza asiduamente los servicios de una empresa o profesional. El cliente tiene un problema material o un negocio y busca a un experto. El paciente sufre algo que pone en riesgo su vida, su bienestar, y su identidad personal. En el primer caso, el asunto trata de algo externo a la realidad personal de las partes implicadas, en el segundo se trata de algo que afecta directamente a la realidad personal del paciente y que tiene por tanto una dimensión humana (8).

El paciente busca pericia técnica y un encuentro personal. Busca la ciencia de los griegos y el arte de los latinos. Desea ser tratado como alguien concreto y único y no solo como uno más que tiene un problema, en su caso, un trastorno o enfermedad. El cliente mantiene una actitud activa de vigilancia de su negocio, el paciente vigila pero ante todo confía en el buen hacer y la bondad de su médico, confía en que su médico por encima de todo busca y trabaja para que él recupere la salud. Asume que entre él y su médico hay un compromiso ético. El cliente asume que tanto él como su proveedor buscan el propio beneficio, y hay que lograr que ese beneficio se reparta entre los dos. Pasar de “paciente” a “cliente” supone perder uno de los fundamentos de la relación médico-paciente, la confianza en el médico (9) (10) (6) y el carácter vocacional y ético de la medicina, pues en

ese caso, el primer objetivo del médico será contribuir a las ganancias de los accionistas.

¿Significa eso perder de vista el componente económico de la asistencia médica? No. La asistencia médica debe ser rentable si quiere ser sostenible, y la gestión de los servicios de salud debe buscar la calidad científica y la sostenibilidad económica, que exige la adecuada gestión de los recursos. Una sostenibilidad en la que deben implicarse médicos y pacientes. Pero el paciente nunca será “el producto” que se explota para hacer un negocio. Como dice Paul Krugman, premio nobel de Economía 2011 en *The New York Times*, los cuidados médicos no pueden ser una transacción comercial, porque el paciente es un ser necesitado, -menesteroso, en palabras de Lainy- y es el médico el que asume la toma de decisiones. No se puede comparar al paciente con el cliente que va de compras, por el contrario, el paciente busca un médico en el que pueda confiar (11)

Cuando se pregunta a los pacientes cómo desean ser tratados, la gran mayoría contesta que como pacientes y no como clientes (12). Cuando se les pregunta cómo prefieren ver a su doctor, como a un médico o como a un proveedor de servicios, contestan que como a un médico (13).

Cuando se pregunta a los médicos y a los psicólogos qué términos usan con sus pacientes, el cien por cien de los médicos contesta que utiliza el término paciente y doctor. Ninguno prefiere el de cliente-proveedor (14). En otro estudio que evalúa la insatisfacción de los médicos, los dos factores esenciales de insatisfacción son la falta de reconocimiento profesional y la pérdida de la relación humana con los pacientes, al ser vistos como proveedores de servicios y no como médicos (15), un tema que también preocupa en otras culturas (16).

## El médico quemado

La satisfacción del médico en el trabajo se traduce en el compromiso con la institución, el rendimiento laboral y la buena relación médico-paciente, pues satisfacción del médico y satisfacción del paciente están relacionadas. Desde hace años ha surgido el fenómeno del “médico quemado” o “burnout” que despierta un interés cada vez mayor en Europa, donde algunos de sus países, como por ejemplo España, cuentan con un Sistema Nacional de Salud, y en Estados Unidos donde aún no existe el derecho a la atención médica con carácter universal y donde impera la medicina como negocio. El médico

quemado es aquel que se siente profundamente frustrado y desalentado en su trabajo como consecuencia del estrés que sufre. El médico se quema a través de un proceso que tiene tres características: Pérdida del entusiasmo por el trabajo, con hundimiento de los recursos emocionales; despersonalización, con actitud negativa y cínica; y sentimiento de no estar realizado.

El número de médicos que se sienten quemados ha aumentado en los últimos años en todas las especialidades así como las tasas de suicidio (17) (18). De acuerdo con un estudio publicado en *Journal General Internal Medicine* (19), el 46% de los médicos (30-65%) se sienten quemados. En el informe de Medscape de 2015 (20) las cifras son similares, 50% de los médicos afirman sentirse quemados, 53% de aquellos que trabajan en cuidados intensivos, el 52% de los que trabajan en la urgencia y el 50% de los internistas, médicos de familia y cirujanos. Un 10% se plantea cambiar de profesión.

Por lo que se refiere a los psiquiatras las tasas son del 38-40% y las causas principales que señalan en una escala de 1 a 7 son: burocracia excesiva 4,37; salarios bajos 3,48; trabajo excesivo 3,47; e imposibilidad de tratar a los pacientes de forma adecuada 3,37. La percepción de la gravedad es de 3,89 (20).

El estrés es más intenso en los psiquiatras jóvenes: 43% en los menores de 35 años frente al 20% en los mayores de 60 años. El modo cómo se instauran los síntomas es distinto en los hombres y en las mujeres. En los hombres suele comenzar por la despersonalización y en las mujeres por el hundimiento emocional. La actitud negativa y cínica es el modo por el que optan los hombres para defenderse del estrés, pero tampoco es eficaz y se sigue de hundimiento emocional. Las mujeres se centran sobre todo en los aspectos emocionales del estrés y es después cuando tiene lugar el sentimiento de despersonalización. Los conflictos y problemas con los compañeros de trabajo y en casa, afectan más a las mujeres que a los hombres. Sentirse o no realizados es también más significativo para las mujeres y tiene menor peso en el estrés de los hombres.

Una de las variables de la frustración de muchos médicos es la dificultad para tener una relación adecuada con sus pacientes, una relación personal y de ayuda, que a su vez se traduce en la satisfacción del paciente, el cumplimiento del tratamiento y la evolución de la enfermedad.

### **Recuperar la palabra en medicina: razón y sentimiento**

Si el médico desea encontrar y encontrarse con el enfermo, precisa de la palabra. Una idea que se completa con el consejo de Gregorio Marañón “Hay que buscar al ser humano en la enfermedad y no solo la enfermedad en el ser humano”. Esa búsqueda y ese encuentro tienen lugar a través de la mímica, el contacto visual y la palabra (21).

El “logos” de los griegos, significa “palabra”, “verbo” en latín, y “razón” “pensamiento”, “ratio”. En el contexto médico, el “logos” es la búsqueda del sentido de la realidad. La enfermedad afecta a determinados órganos y sistemas y tiene un significado personal para el paciente. El paciente desea conocer su sentido. ¿Qué me pasa? ¿Por qué? ¿Qué he hecho? ¿Qué debo hacer? Escrutar el sentido de la enfermedad nos lleva a escrutar el sentido de la vida y el sentido de la muerte, para el que la medicina no tiene respuesta, pues como afirma Laín Entralgo “las cuestiones sobre las que cabe tener un conocimiento cierto no podrán ser más que cuestiones penúltimas; sobre las cuestiones últimas sólo será posible tener un conocimiento incierto, probable”.

La relación médico-paciente enmarca el espacio en el que el paciente y el médico buscan el sentido de la enfermedad. Es en el encuentro de ambos donde fluye esa búsqueda y el paciente se encuentra consigo mismo. Una búsqueda racional, basada en la naturaleza de la enfermedad, y sentimental, afectiva, a través de la “amistad médica” que proclama Laín Entralgo. Fue Blaise Pascal (1623-1662) en sus *Pensamientos* quien afirmó que “Le coeur a des raisons que la raison ne connaît pas”, el corazón tiene razones que la razón no entiende, y que el ser humano “ya no era solo un ser racional pues la razón estaba sometida a los sentimientos”. Los sentimientos, ese lugarpreciado de los románticos. No en vano Schiller parafraseando a Rousseau dice “si c’est la raison qui fait l’homme, c’est le sentiment qui le conduit”, si es la razón la que hace al hombre, es el sentimiento quien le conduce.

### **No solo una relación interpersonal**

Laín Entralgo define la relación de médico y paciente como el encuentro entre dos seres humanos que tienen un objetivo común, la curación del enfermo. Su relación es de “amistad médica”. La relación cliente-proveedor tiene un carácter objetivante, la relación médico-paciente

es de carácter interpersonal. La relación interpersonal es la única forma de relación auténticamente humana según Zubiri (22) y se caracteriza por respetar la intimidad, la libertad y la inteligencia del otro. Supone la posibilidad de ejecutar en común actos libres, inteligentes y propios, a través de los cuales el otro realiza su condición de persona. Por tanto la relación interpersonal contribuye a la realización como personas de aquellos que la cultivan (1).

La relación con el paciente, en nuestro caso el niño y la familia, debe ser no solo interpersonal, sino también objetivadora de la enfermedad, pues su primer objetivo es curar (23). El médico comparte los sentimientos y valores del paciente y ejerce una actividad objetivadora de lo que le sucede. Es el primer valedor del niño y del adolescente, sobre todo cuando los padres no están capacitados para tomar decisiones. Aplica sus conocimientos y sus cualidades personales, ejerce el Arte y la Ciencia, y se enriquece intelectual y humanamente.

### Tecnología frente a humanismo

El avance tecnológico imparables de nuestro tiempo y la fascinación que ejerce sobre la gente contribuye por un lado a la sacralización de la técnica, que se convierte en el dios que todo lo remedia, y por otro, a la actitud condescendiente, cuando no despreciativa, de las humanidades y del componente humano y personal de la medicina. Dice Felipe González que la política -y tal vez la sociedad- “está atrapada entre la arrogancia tecnocrática y la osadía de la ignorancia. Entre los brillantes postgraduados que creen que la complejidad de los problemas sociales se resuelve con algoritmos infalibles de laboratorio; y los necios, los que no saben, pero no saben que no saben y ofrecen respuestas arbitristas que simplifican y distorsionan la realidad” (24).

Tanto los necios como los adoradores del algoritmo sienten desdén por la cultura, la empatía, la compasión, el conocimiento a fondo de los temas. Son asuntos que se consideran propios de personas raras, débiles, o cuando menos, que están fuera de su tiempo. La tecnología es uno de los grandes ídolos de nuestros días, si no el mayor. Le siguen el simplismo, la falta de rigor, la banalización de la mentira, estar constantemente volcados en mensajes externos sin ser conscientes de que hay un mundo interior, la masificación y el gregarismo.

Sin embargo la tecnología, tan necesaria y tan enriquecedora, no lo resuelve todo, ni exige una visión

excluyente del quehacer médico y de la relación médico-paciente. La progresiva tecnificación de la medicina ha supuesto avances inimaginables para el diagnóstico y para la terapéutica, pero es inseparable de la pericia clínica del médico. Las profecías de que las máquinas diagnosticarían mejor que los humanos todavía no se han cumplido. La tecnología ayuda, y mucho, de hecho puede aportar el dato definitivo para un diagnóstico o para la elección de un tratamiento, pero no sustituye al juicio clínico del médico, ni suple la dimensión terapéutica inherente a la relación médico-paciente. La tecnología contribuye de modo espectacular al avance de la medicina, es una herramienta imprescindible, pero no es la panacea ni el dios supremo en el ejercicio de la medicina capaz de relegar al olvido, sin ninguna consecuencia y como algo desechable, todo lo demás. La tecnología no resuelve problemas humanos complejos y no siempre resuelve los sencillos. No sustituye el juicio humano por el juicio de un robot cuando se trata de la vida y de la muerte, de la felicidad y de la desgracia. Complementa, ilumina, ayuda, pero no suple, ni tiene por qué. Tecnología y razón humana se complementan, no se excluyen ni se repelen.

Evaluar, diagnosticar y tratar al paciente, exigen del médico algunas cualidades inherentes a la práctica de la medicina, que no son tan necesarias en otras profesiones, como son la dimensión humana, el rigor basado en los avances científicos, la actualización permanente, la compasión, la mirada personal y el compromiso ético. Puede decirse que los conocimientos del médico, su experiencia clínica y la relación que establece con el paciente, siguen siendo el fundamento de la buena medicina.

La formación clínica del médico continúa siendo en nuestro tiempo uno de los grandes retos de la carrera de medicina y de la formación de los residentes y una de las fuentes de mayor satisfacción para el médico, que se sabe experto, capaz, útil y veraz. Los avances técnicos y una nueva gestión de los recursos sanitarios no deberían poner en peligro el carácter eminentemente humano de la relación médico-paciente. Una característica que los médicos jóvenes, si así lo desean, tendrán que reivindicar.

### A modo de conclusión

El ejercicio de la medicina que se basa en la relación médico-paciente es un don preciado, un bien inmaterial que no se ve, y estos bienes son los más sensibles y delicados, los más difíciles de preservar y proteger. Es

uno de los grandes retos que deben afrontar las nuevas generaciones de médicos, que tienen ante sí una inmensa tarea, compaginar el rigor científico, la información bien fundada, la experiencia clínica, la sostenibilidad económica y la relación personal con su paciente. Son

los psiquiatras jóvenes quienes tienen que definir la nueva psiquiatría y quienes se enfrentan a un dilema: elegir entre ser médicos modernos y comprometidos o asumir el enfoque que convierte al paciente en cliente y al médico en proveedor de servicios.

## PÓSTERS

### EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN GRUPAL PARA PADRES DE NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO: RESPUESTA Y COMUNICACIÓN SOCIAL

*Forcadell López, Eduard*

*Psicólogo clínico, Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Hospital Parc Taulí, Sabadell*

*eforcadell@tauli.cat*

*Piera Pinto, Eulalia*

*Psicóloga clínica, Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Hospital Parc Taulí, Sabadell*

*Castro Vila, Claudia*

*Psicóloga, Máster de la UAB, Bellaterra*

*Pamias Massana, Montserrat*

*Psiquiatra, Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Hospital Parc Taulí, Sabadell*

#### RESUMEN

**Introducción:** Uno de los aspectos básicos en la intervención con niños con trastorno del espectro del autismo (TEA) es el entrenamiento de padres para incrementar el conocimiento de éstos sobre las dificultades de sus hijos así como el manejo de técnicas destinadas a mejorar la comunicación social y las alteraciones de conducta propias del trastorno (Sofronoff et al., 2004). Los componentes esenciales de dicha intervención son las estrategias de modificación de conducta, intervenciones en la comunicación y desarrollo de conductas prosociales.

El objetivo del presente trabajo es estudiar la eficacia de la intervención grupal con los padres mediante la comparación pre-post de 2 cuestionarios que evalúan la respuesta social (Escala de Respuesta Social, SRS, Constantino & Gruber, 2007) y la comunicación social (Cuestionario de Comunicación Social, SCQ, Rutter, Bailey, & Lord, 2003).

**Material y Métodos:** El grupo de padres para niños con TEA consta de 11 sesiones de frecuencia semanal, en las

que se realizan sesiones informativas sobre el trastorno, su intervención, sistemas de comunicación, promoción de relaciones sociales y técnicas de manejo conductual.

Antes y después de la intervención los padres contestaron el SRS (65 ítems y 6 escalas: Conciencia social, cognición social, comunicación social, motivación social, manierismos y puntuación total) y la forma B del SCQ (40 ítems) (puntuaciones superiores indican mayor interferencia).

Se compararon las evaluaciones realizadas en nuestra muestra de 12 padres de niños con TEA que eran atendidos en consultas externas (de 5 a 17 años) mediante la prueba de rangos con signo de Wilcoxon.

**Resultados:** Al comparar los diferentes cuestionarios se encontró una reducción significativa en la subescala de cognición social (del SRS) ( $Z = -2,501$ ,  $p = .012$ ), que recoge aquellos aspectos relacionados con la comprensión de contextos y señales sociales, esenciales para lograr una buena interacción social. Algunos ejemplos de cognición social serían la capacidad para entender el significado del tono de voz, las expresiones faciales o la tendencia a interpretar las frases de forma literal.

**Conclusiones:** El entrenamiento grupal para padres de niños con TEA podría ser eficaz en el aumento de algunos aspectos de la respuesta y comunicación social tan importantes como la cognición social. Sin embargo, es necesario realizar estudios con muestras más grandes de pacientes y padres para confirmar estos resultados. Otro aspecto interesante sería el de estudiar cuál de los componentes de la intervención grupal contribuye más a la mejora de los síntomas.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sofronoff K., Leslie A., Brown. Parent management training and Asperger Syndrome: a randomized controlled trial to evaluate a parent based intervention. *Autism*. 2004;8(3):301-317.

## RIESGO DE LESIONES NO INTENCIONALES EN TDAH Y EL POSIBLE EFECTO PROTECTOR DE LA MEDICACIÓN: PROTOCOLO DE UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

*De Castro Manglano, María Pilar*

*Filiación: Médico Especialista en Psiquiatría. Fellow en Psiquiatría Infantil. Doctor en Medicina, programa Neurociencias. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, Navarra. pcastro@unav.es*

*Ruiz Goikoetxea, Maite*

*Filiación: Especialista en Pediatría, Master en Investigación en Atención Primaria. Pediatra en Servicio de Urgencias Extrahospitalarias, Pamplona, Navarra. mruizgoikoetxea@yahoo.es*

*Cortese, Samuele*

*Especialista en Psiquiatría Infantil. Doctor en Biomedicina. Profesor Clínico Asociado/Consultor en el Departamento de Psiquiatría Infantil y del Adolescente. Universidad de Southampton (Reino Unido)/Solent NHS Trust (Reino Unido)/Universidad de Nueva York (EEUU). samuele.cortese@gmail.com*

*Aznárez Sanado, Maite*

*Licenciada en Ingeniería Superior de Telecomunicaciones. Doctora en Neurociencias. Profesora Ayudante Doctora en la Facultad de Psicología y Educación en la Universidad de Navarra. masanado@unav.es*

*Soutullo Esperón, César Alejandro*

*Especialista en Psiquiatría y Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Doctor en Medicina. Director del Departamento de Psiquiatría Infantil y Adolescente de la Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España. csoutullo@unav.es*

*Arrondo Ostiz, Gonzalo. Licenciado en Psicología y Psicopedagogía. Doctor en Neurociencias. Investigador en Grupo Mente Cerebro, Instituto Cultura y Sociedad (ICS), Universidad de Navarra. garrondo@unav.es*

### RESUMEN

**Introducción:** La asociación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) con lesiones físicas no intencionales (LNIs) es elevada; sin embargo, la magnitud de la relación y la influencia de otras variables (sexo, edad, comorbilidad) son inciertas<sup>1</sup>. Se desconoce si los tratamientos farmacológicos para el TDAH pueden

disminuir el número de LNIs<sup>2</sup>. Presentamos un protocolo de revisión sistemática y metaanálisis que despeje estas incógnitas.

**Material y Métodos:** En la escritura del protocolo se han seguido recomendaciones internacionales<sup>3,4</sup>: registro del protocolo, búsqueda sistemática en múltiples bases de datos (Pubmed, Scopus, Web of Science y otras), extracción de datos duplicada, evaluación de la calidad y sesgos de los trabajos a incluir, y análisis estadístico sistemático riguroso.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

No habrá restricción en idioma o tipo de estudio. Se incluirán sujetos de entre 5 y 18 años. Los casos serán definidos como personas con diagnóstico clínico de TDAH, resultado anormal en pruebas de cribado o código diagnóstico en historia clínica. Los controles serán sujetos que no hayan sido diagnosticados de TDAH. Se utilizará la definición de lesión no intencional de la OMS.

### VARIABLES RECOGIDAS

De cada estudio se recogerán los resultados estadísticos de riesgo de LNIs sin ajustar y ajustados por variables confusoras además de múltiples otros datos como tipo de reclutamiento, ámbito, características de los participantes, etc. También se incluirá un juicio del riesgo de sesgos de cada estudio utilizando una modificación de la escala Newcastle-Ottawa.

### ANÁLISIS ESTADÍSTICO

1. Metaanálisis del riesgo relativo de lesiones entre pacientes y controles: se combinarán los tamaños de los efectos (Odds ratio no ajustadas, ajustadas, y Hazard ratios por separado) en modelos de efectos aleatorios. También se evaluará, si es posible, el efecto moderador en los resultados obtenidos de variables clínicas y de diseño mediante técnicas de metaregresión.
2. Metaanálisis del efecto de la medicación sobre el riesgo de lesiones en pacientes. La variable de desenlace principal será el IRR (incident rate ratio) a partir de “self controlled case series”, comparándose por tanto la ocurrencia de accidentes en los periodos que los pacientes con TDAH están medicados o sin medicar.

## CONCLUSIÓN

El impacto clínico del estudio es de suma importancia como factor a valorar en la consideración de riesgos y beneficios del tratamiento del TDAH. La publicación y diseminación de los protocolos de revisión sistemática y metaanálisis valida e incrementa la calidad de este tipo de estudios.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chou, I.-C., Lin, C.-C., Sung, F.-C., & Kao, C.-H. (2014). Attention-deficit-hyperactivity disorder increases risk of bone fracture: a population-based cohort study. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 56(11), 1111–1116. <http://doi.org/10.1111/dmcn.12501>
2. Dalsgaard, S., Leckman, J. F., Mortensen, P. B., Nielsen, H. S., & Simonsen, M. (2015). Effect of drugs on the risk of injuries in children with attention deficit hyperactivity disorder: a prospective cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 0366(15), 1–8. [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00271-0](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00271-0)
3. Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., ... Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 339(jul21\_1), b2700. <http://doi.org/10.1136/bmj.b2700>
4. Shamseer, L., Moher, D., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., ... PRISMA-P Group. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 349, g7647.

## PREVALENCIAS DE TDAH Y TCA EN UN CSMIJ.

Rodríguez Pons, Paula. Residente de Vall Hebrón de psicología clínica de tercer año (PIR). Actualmente en CSMIJ del Hospital San Rafael. E-mai: paula.rp89@gmail.com

Delgado Arroyo, Mercedes. Residente de Vall Hebrón de psicología clínica de segundo año (PIR). Actualmente en CSMIJ del Hospital San Rafael.

Serra Pla, Juan Francisco. Residente de Vall Hebrón de psicología clínica de segundo año (PIR). Actualmente en CSMIJ del Hospital San Rafael.

## RESUMEN

**Introducción:** De acuerdo con Mental Health America, Los trastornos del comportamiento constituyen el grupo diagnóstico más frecuente en salud mental infantil y juvenil. El TDAH es el trastorno psicológico más frecuente en los jóvenes, afecta al 5-10% de los niños, mientras que el trastorno de conducta constituye el 3-7%. Estos trastornos están suscitando un interés creciente en Salud Mental debido a su elevada frecuencia, comorbilidad y a la importancia del diagnóstico precoz.

**Material y Métodos:** Estudio observacional retrospectivo mediante el análisis de N=1282 casos clínicos atendidos en el CSMIJ del Hospital Sant Rafael de Barcelona el año 2016. Análisis descriptivo de prevalencias mediante el paquete estadístico SPSS v20.

**Resultados:** De los pacientes atendidos, un 24'37% fueron diagnosticados de TDAH, de los cuales un 82'14% eran chicos y un 17'86% chicas. Un 10'60% de trastorno de conducta, de los cuales un 69'85% eran chicos, mientras que un 30'14% chicas. Un 6% recibieron un diagnóstico mixto de TDAH + Trastorno de conducta, con un total del 89'61% siendo chicos y un 10'39% chicas.

**Conclusiones:** El diagnóstico de TDAH constituye uno de los más frecuentes en el ámbito de la salud mental infantil, junto con el trastorno de conducta. La prevalencia de diagnóstico de TDAH es mayor en niños que en niñas, si bien parece que en los niños puede predominar la hiperactividad y en las niñas el déficit de atención.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th Rev. ed.)*. Washington, DC: Author.
2. Aragonès, E., Cañisá, A., Caballero, A., & Piñol-Moreno, J. L. (2013). Cribado para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad en pacientes adultos de atención primaria. *Revista de Neurología*, 56, 449-455.
3. Bayle, F. J., Krebs, M. O., Martin, C., Bouvard, M.

- P., & Wender, P. (2003). French version of Wender Utah Rating Scale (WURS). *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 132.
4. Brown, R. T. (2003). Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos. Barcelona, España: Masson.

### EPISODIO MANÍACO INDUCIDO POR METILFENIDATO. A PROPÓSITO DE UN CASO

*Canseco Navarro María de los Ángeles.*

*Licenciada en medicina por la Universidad de Valencia. Residente de tercer año de Psiquiatría. Hospital General Universitario de Valencia. Contacto: canmade@outlook.es*

*Machado Vera, Marta.*

*Licenciada en medicina. Especialista en Geriatría. Residente de tercer año de Psiquiatría. Hospital General Universitario de Valencia. Contacto:*

*Alonso Gutiérrez, Sofía*

*Licenciada en medicina. Residente de segundo año de Psiquiatría. Hospital General Universitario de Valencia. Contacto: sofialgu@gmail.com*

*Maria Amparo Descalzo Cabades*

*Licenciada en medicina. Residente de segundo año de Psiquiatría. Hospital General Universitario de Valencia. Contacto:*

*Corral, Marta*

*Licenciada en medicina. Residente de primer año de Psiquiatría. Hospital General Universitario de Valencia. Contacto:*

*Pacheco, Maria Constanza*

*Licenciada en medicina. Residente de primer año de Psiquiatría. Hospital General Universitario de Valencia.*

### RESUMEN

**Introducción:** El trastorno bipolar es una entidad clínica que en ocasiones resulta difícil de diagnosticar debido al enmascaramiento clínico y la comorbilidad que presenta. Dicho diagnóstico aún se puede llegar a complicar más en la población infantil. La prevalencia de comorbilidad del trastorno bipolar con TDAH queda descrita en al menos un 19,4%. Ambas entidades comparten sintomatología similar por lo que resulta

complicado al inicio de la enfermedad, las filiaciones diagnósticas. A continuación se presenta un caso clínico donde predominaba sintomatología de déficit de atención e hiperactividad que resultó ser un trastorno bipolar tipo I.

**Material y Métodos:** Se presenta un caso clínico.

**Resultados:** Paciente varón de 8 años que se encuentra en seguimiento en Unidad de Salud Mental Infantil por dificultad en aprendizaje, déficit de atención e hiperactividad si bien destaca predominio de trastorno del vínculo y tendencia al bajo estado de ánimo. Sin embargo, tras introducción de metilfenidato el paciente presenta un empeoramiento clínico, con mayor distraibilidad, mayor hiperactividad, insomnio, verborrea con presión del habla, aumento del juego, dificultad en manejo, fuga de ideas, pensamiento saltigrado e ideas megalománicas con consiguiente trastornos de conducta. Dicho episodio requirió ingreso hospitalario para adecuado manejo. Tras estabilización clínica y seguimiento posterior, el paciente tuvo otro ingreso por un nuevo episodio maníaco. Actualmente se encuentra estable, en tratamiento con eutimizante y en seguimiento por salud mental infantil.

**Conclusiones:** El TDAH y Trastorno bipolar comparten sintomatología común que artefacta la filiación diagnóstica de ambas entidades, no obstante, la comorbilidad es frecuente (10-25%). Si bien, hay que señalar que en caso de que exista la misma, el tratamiento con metilfenidato no tiene que precipitar necesariamente un episodio maníaco, de manera paradójica. Es por esto que en el caso expuesto, además de la evolución del mismo, el diagnóstico final es de Trastorno Bipolar tipo I y no de TDAH.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Kessler et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*. 2006 Apr;163(4):716-23
- Jason J. Washburn, Ph.D., ABPP,1,2 Amy E. West, Ph.D.,3 and Jennifer A. Heil, M.A.1. Treatment of Pediatric Bipolar Disorder: A Review. *Minerva Psichiatr*. 2011 Mar; 52(1): 21-35.
- Findling, J *Am Acad Child Adolesc Psy* 2007.

Pilar López, Ulrich Hegerl. Tratamiento de la manía aguda con metilfenidato: propuesta terapéutica basada en nuevo modelo fisiopatológico. Carta científica. Revista de Psiquiatría y Salud mental. (Barc) 2013;6(2):93-94.

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

*Sesma Pardo, Eva*

*Médico Psiquiatra. Psicoterapeuta TDC. Servicio Psiquiatría. Hospital Universitario de Basurto (Bilbao).*

*E-mail: eva.sesmapardo@osakidetza.net*

*Fernández Rivas, Aránzazu*

*Médico Psiquiatra. Jefe de Sección Psiquiatría Infanto-Juvenil. Psicoterapeuta TDC. Servicio Psiquiatría. Hospital Universitario de Basurto (Bilbao).*

*Kerexeta Lizeaga, Iñaki*

*Médico Psiquiatra. Psicoterapeuta TDC. Servicio Psiquiatría. Hospital Universitario de Basurto (Bilbao).*

*Orgaz Barnier, Pablo*

*Médico Psiquiatra. Psicoterapeuta TDC. Servicio Psiquiatría. Hospital Universitario de Basurto (Bilbao).*

*Vivanco González, Esther*

*Enfermera. Supervisora de enfermería Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Basurto (Bilbao).*

*Gonzalez Torres, Miguel Angel*

*Médico Psiquiatra. Jefe de Servicio Psiquiatría. Psicoterapeuta TDC. Hospital Universitario de Basurto (Bilbao).*

### RESUMEN

**Introducción:** Los trastornos de conducta en la adolescencia representan una patología de intensa gravedad y tendencia a la cronicidad, siendo la causa más frecuente de atención en salud mental en la adolescencia.

En los últimos años se han realizado investigaciones cuantitativas para evaluar la eficacia de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) en el tratamiento de adolescentes con rasgos de Trastorno Límite de

Personalidad, conductas suicidas y/o autolesiones con resultados prometedores, sin embargo no existen investigaciones cualitativas al respecto.

**Material y Métodos:** Se realiza un estudio de corte cualitativo a través de grupos focales para valorar la experiencia subjetiva de los adolescentes con problemas de conducta que han completado el entrenamiento en Habilidades Psicosociales según el modelo de TDC.

**Resultados:** Se realizó la selección de pacientes a través de una entrevista individual con el investigador principal. Desde Junio 2015 el equipo investigador se reúne mensualmente. El guion para el grupo focal se realiza por parte de dicho equipo partiendo de una lluvia de ideas con el fin de diseñar una matriz de dimensiones temáticas y seleccionar las preguntas definitivas. La muestra se compone de 21 pacientes distribuidos en tres grupos focales, momento en el que se alcanza la saturación de ideas. Cada sesión fue transcrita y analizada por el equipo investigador con el fin de valorar la conveniencia de realizar modificaciones en el guion del grupo focal. Se eligió la herramienta informática MAXQDA 12 para analizar las transcripciones, identificándose fragmentos de discurso que se refieren a matices equivalentes, definiéndose categorías y asignándose códigos de identificación. Sobre el diseño de categorías, se celebran reuniones para codificar detenida y simultáneamente las transcripciones hasta llegar al acuerdo final acerca de las mismas, sus definiciones y los fragmentos de texto representativos. En el momento actual se están redactando los resultados en relación a las categorías diseñadas: experiencia de enfermedad, motivación para la terapia, experiencia de la terapia y resultados de la terapia.

**Conclusiones:** El discurso de los adolescentes que han participado en el grupo de formación en Habilidades Psicosociales según el modelo de TDC aporta significados de utilidad para la comprensión de aspectos relacionados con los problemas de conducta en la adolescencia, la utilidad del entrenamiento en Habilidades Psicosociales (componente fundamental de la TDC), y la importancia del grupo como un espacio de aprendizaje y convivencia con iguales y figuras de autoridad en una atmósfera de seguridad y respeto mutuos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford; 1993.
2. Miller AL, Rathus JH, Linehan MM. Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. New York: Guilford; 2007.

## DISTINCIÓN ENTRE LA EFICACIA Y LOS EFECTOS SEDANTES DE LA GUANFACINA DE LIBERACIÓN PROLONGADA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TDAH EN BASE A CUATRO ENSAYOS CLÍNICOS DE FASE III ALEATORIZADOS Y CONTROLADOS

Muñoz Ruiz, Antonio

Filiación Shire, Madrid, España (PhD)

Huss, Michael

Filiación Psiquiatría Infantil y Adolescente, Universidad de Johannes Gutenberg de Mainz, Mainz, Alemania (MD)

McBurnett, Keith

Filiación Departamento de Psiquiatría, Universidad de California, San Francisco, CA, EE. UU. (PhD)

Cutler, Andrew

Filiación Departamento de Psiquiatría, Universidad de California, San Francisco, CA, EE. UU. (MD)

Hervás, Amaia

Filiación Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil del Hospital Universitario Mútua de Terrassa, Barcelona, España (PhD)

Newcorn, Jeffrey

Filiación Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina Icahn del Mount Sinai, Nueva York, NY, EE. UU. (MD)

## RESUMEN

**Introducción:** La guanfacina de liberación prolongada (GXR) es un tratamiento no estimulante para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). El objetivo fue distinguir entre la eficacia y las reacciones adversas surgidas del tratamiento (RAST) asociadas con la GXR en base a cuatro ensayos aleatorizados y controlados en niños (de 6 a 12 años) y adolescentes (de 13 a 17 años) con TDAH.

**Métodos:** SPD503-3011 (N = 345) y SPD503-3042 (N

= 324) fueron estudios de 5 y 6 semanas de dosis fijas de GXR ( $\leq 4$  mg/día). SPD503-3123 (N = 314; adolescentes únicamente) y SPD503-3164 (N = 338) fueron estudios de 10–13 semanas de dosis optimizadas de GXR (1–7 mg/día).

**Resultados:** En los estudios de dosis fijas, las incidencias agrupadas de RAST sedantes más altas con GXR ocurrieron en la semana 1 (GXR, 13,9–18,7 %; placebo, 8,7 %) y disminuyeron hasta los niveles obtenidos con placebo en la semana 8 (GXR, 0–1,4 %; placebo, 0 %). Por el contrario, la proporción de respondedores (reducción  $\geq 30$  % desde la puntuación inicial total en la Escala de Valoración del TDAH IV [ADHD-RS-IV]) aumentó a partir de la semana 1 (GXR, 29,6–34,8 %; placebo, 25,0 %) hasta el punto final (endpoint) (GXR, 66,7–72,2 %; placebo, 42,6 %). La GXR estuvo asociada con una reducción estadísticamente significativa en la puntuación total de ADHD-RS-IV desde el inicio hasta el punto final en los pacientes sin RAST sedantes en los estudios de dosis fijas y de dosis optimizadas (GXR frente a placebo, tamaño del efecto = 0,49 y 0,67, respectivamente;  $p < 0,001$ ). GXR estuvo asociada con una mejoría estadísticamente significativa en comparación con el placebo en las puntuaciones de las subescalas de Hiperactividad/Impulsividad y de Inatención ( $p < 0,001$ ) de ADHD-RS-IV.

**Conclusiones:** Estos datos de ensayos clínicos agrupados de GXR indican que la sedación por lo general ocurre al principio y normalmente precede a la respuesta, y que GXR reduce significativamente los síntomas del TDAH en los pacientes sin RAST sedantes. Los hallazgos sugieren que la sedación no es el único factor que contribuye a la mejoría en los síntomas asociada con la GXR.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Biederman J. Pediatrics 2008;121:e73–84.
2. Sallee FR. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2009;48:155–65.
3. Wilens TE. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2015;54:916–25.e2.
4. Hervás A. Eur Neuropsychopharmacol 2014;24:1861–72.

Estudio financiado por Shire Development LLC.

**CORRELACIÓN ENTRE LOS SÍNTOMAS, LAS DEFICIENCIAS FUNCIONALES Y LA CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD UTILIZANDO DATOS DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS**

Muñoz Ruiz, Antonio

Shire, Madrid, España (PhD)

Huss, Michael

Psiquiatría Infantil y Adolescente, Universidad de Johannes Gutenberg de Mainz, Mainz, Alemania (MD)

Joseph, Alain

Shire, Zug, Suiza (PhD)

Sikirica, Vanja

Shire, Wayne, PA, EE. UU. (en el momento de estudio) (PharmaD)

Bliss, Caleb

Shire, Lexington, MA, EE. UU (PhD)

Coghill, David R

Departamento de Pediatría y Psiquiatría, Facultad de Medicina, Odontología y Ciencias de la Salud, Universidad de Melbourne, VIC, Australia

División de Neurociencia, Universidad de Dundee, Dundee, Reino Unido Unido

\*Dirección actual: GlaxoSmithKline, Philadelphia, PA, EE. UU. (MD)

**RESUMEN**

**Objetivo:** Evaluar la relación entre los cambios asociados con el tratamiento en la medida de los síntomas (Escala de Valoración del TDAH IV [ADHD-RS-IV]), las deficiencias funcionales (Escala de Calificación las Deficiencias Funcionales de Weiss para Padres [WFIRS-P]) y la calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL; Perfil de Salud y Enfermedad Infantil-Edición para Niños [CHIP-CE:PRF]) en niños y adolescentes que reciben medicamentos para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

**Material y Métodos:** Las correlaciones entre los

resultados de ADHD-RS-IV y de WFIRS-P se analizaron en dos ensayos clínicos aleatorizados y controlados con placebo, SPD503-316 y SPD489-325. Los resultados de CHIP-CE:PRF se correlacionaron asimismo con los de ADHD-RS-IV y WFIRS-P en SPD489-325.

**Resultados:** Los cambios en la puntuación total de WFIRS-P con tratamiento farmacológico se correlacionaron en general de forma moderada con los cambios en la puntuación total de ADHD-RS-IV (valor r de Pearson en el intervalo de 0,38 a 0,56). Los tamaños del efecto publicados de los tratamientos activos frente al placebo fueron mayores para la puntuación total en ADHD-RS-IV (intervalo, 0,32 a 1,80) que para la puntuación total en WFIRS-P (intervalo, 0,28 a 0,924).<sup>1-3</sup> Los cambios en los dominios de Logros y Evitar Riesgos de CHIP-CE:PRF con tratamiento farmacológico se correlacionaron de forma moderada con los de ADHD-RS-IV (valor r en el intervalo de -0,36 a -0,48) y de forma considerable aunque incompleta con los cambios en WFIRS-P (-0,59 a -0,65). Los tamaños del efecto publicados del tratamiento activo frente al placebo fueron mayores en los dominios de Logros y Evitar Riesgos (intervalo, 0,912 a 1,280) que en los dominios de Resistencia, Satisfacción y Comodidad (intervalo, 0,003 a 0,421).<sup>3</sup>

**Conclusiones:** Los síntomas, las deficiencias funcionales y la calidad de vida relacionada con la salud son componentes relacionados pero distintos en los niños y adolescentes con TDAH. Los objetivos del tratamiento deben ir más allá del control de los síntomas.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Coghill D et al. Eur Neuropsychopharmacol 2013;23:1208-18.
2. Hervas A et al. Eur Neuropsychopharmacol 2014;24:1861-72.
3. Banaschewski T et al. CNS Drugs 2013;27:829-40

Estudios financiados por Shire Development LLC.

## ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL QUE CONSULTA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS POR PROBLEMAS RELACIONADOS CON SALUD MENTAL

Pozuelo Lopez, Marian a,d.

[mpozuelo@vhebron.net](mailto:mpozuelo@vhebron.net)

Calvo Piñero, Natàlia a, b, c, d

Serra-Pla, Juanfran a

Lara Castillo, Benjamin a

Bianco, Lisa a

Ferrer Vinardell, Marc a,b,c,d

a Psychiatry Department, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Barcelona, Spain.

b Psychiatry, Mental Health and Addictions Group. Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR), Barcelona, Spain.

c Psychiatry and Legal Medicine Department, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Barcelona, Spain.

d Grup TLP Barcelona, Spain.

### RESUMEN

**Introducción:** Los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia constituyen una patología emergente en pediatría. Las urgencias por esta causa han incrementado notablemente en los últimos años, suponiendo una carga a nivel de recursos humanos y materiales. El Hospital Vall d'Hebron (HUVH) abarca una población menor de 18 años de unos 78000 individuos. El grupo de trabajo de psiquiatría infanto-juvenil del HUVH analiza el impacto de la atención de problemas relacionados con salud mental en urgencias pediátricas y realiza un seguimiento para observar la evolución de estos pacientes.

**Objetivos:** Estudio de la prevalencia y características de la población infanto-juvenil que consulta a un servicio de urgencias pediátricas en un hospital de tercer nivel por problemas relacionados con Salud Mental.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes de 0-18 años de edad atendidos en urgencias de pediatría del HUVH por problemática relacionada con Salud Mental en los años 2015 y 2016 (n=452).

**Resultados:** Existe un aumento del 13.2% de consultas psiquiátricas en el último año, pasando de un 43.4% en 2015 a un 56.6% en 2016. Las chicas mantienen una

presencia más elevada (54.9% chicas vs 45.1% chicos). Hay diferencias significativas en el motivo de consulta en función de la edad ( $\chi^2=555.819$ ;  $p=0.003$ ), destacando la ansiedad y alteración conductual como los únicos motivos de consulta entre los 3 y 11 años e incremento de todos los motivos de consulta a partir de los 12 años. También hay diferencias significativas en función del género ( $\chi^2=75.528$ ;  $p<0.005$ ) con un mayor número de mujeres con intentos suicidas (19.4% vs 5.4%) y ansiedad (37.5% vs 26.7%), mientras que hay más prevalencia de varones con alteración de la conducta (8.1% vs 2.7%) y psicosis (5% vs 2.4%).

**Conclusiones:** Se ha observado un incremento en el número de población infanto-juvenil atendida en urgencias pediátricas cuyo diagnóstico al alta es psicopatológico; sobretudo, en población adolescente. La adolescencia es una etapa de riesgo para la presentación de este tipo de patología. Los resultados refuerzan la necesidad de disponer de espacios adecuadamente habilitados y con profesional formado para el manejo de estos casos de forma efectiva y segura. El grupo de trabajo de psiquiatría infanto-juvenil del HUVH continuará realizando estudios para obtener un mayor conocimiento del tema y dar una respuesta adecuada al problema.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Scivoletto S, Boarati MA, Turkiewicz G. Psychiatric emergencies in childhood and adolescence. Rev Bras Psiquiatr. Vol 32 (supl.2). São Paulo oct. 2010.

### PATRÓN DE CONSUMO DE INTERNET CON FINES SEXUALES EN ADOLESCENTES ESPAÑOLES

García-Barba, Marta

Graduada en Psicología, becaria del Grupo de Investigación Salusex-Unisexsida de la Universitat Jaume I de Castellón, [barbam@uji.es](mailto:barbam@uji.es)

Nebot-García, Juan Enrique

Licenciado en Psicología, colaborador del Grupo de Investigación Salusex-Unisexsida de la Universitat Jaume I de Castellón, [juan.nebot@uji.es](mailto:juan.nebot@uji.es)

Giménez-García, Cristina

Doctora en Psicología, miembro del Grupo de Investigación Salusex-Unisexsida de la Universitat Jaume

*I de Castellón y profesora ayudante del Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología de la Universitat Jaume I de Castellón, gimenezc@uji.es*

*Castro-Calvo, Jesús*

*Doctorando en Psicología, miembro del Grupo de Investigación Salusex-Unisexsida de la Universitat Jaume I de Castellón y personal investigador en formación del Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología de la Universitat Jaume I de Castellón, castroj@uji.es*

*Gil-Llario, María Dolores*

*Doctora en Psicología, directora del Grupo de Investigación Salusex-Unisexsida de la Universitat de València y profesora titular del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universitat de València, dolores.gil@uv.es*

*Ballester-Arnal, Rafael*

*Doctor en Psicología, director del Grupo de Investigación Salusex-Unisexsida de la Universitat Jaume I de Castellón y profesor titular del Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología de la Universitat Jaume I de Castellón, rballest@psb.uji.es*

## RESUMEN

**Introducción:** La adicción al cibersexo puede estar ligada a otros problemas psicológicos como la baja autoestima, el consumo de alcohol y otras adicciones (1). Esta problemática puede ser muy peligrosa en una etapa evolutiva decisiva en el desarrollo sexual como es la adolescencia (2). Con el objetivo de mejorar la salud sexual de los adolescentes, resulta necesario estudiar el patrón de consumo de Internet con fines sexuales en esta población.

**Material y Métodos:** En este estudio se contó con la participación de 197 adolescentes de entre 15 y 18 años ( $M=16,98$ ;  $DT=0,969$ ) de la provincia de Castellón. El 31,5% de los participantes evaluados eran chicos, y el 68,5% eran chicas. La muestra cumplimentó el Cuestionario de Adicción al Cibersexo (3) que cuenta con 25 ítems, agrupados en 5 componentes: compulsividad sexual online (COMPULS), comportamiento online solitario no compulsivo (COSOL), comportamiento online social (COSOC), gasto económico online (GASTO), y percepción de gravedad del comportamiento online (PERGRA).

**Resultados:** Los adolescentes invierten una media de 26,79 horas a la semana conectados a Internet ( $DT=29,72$ ),

de las cuales 2,09 son a páginas sexuales ( $DT=5,23$ ). Un 66,5% de los adolescentes ha buscado material sexual a través de un buscador de Internet y más de la mitad de la muestra se ha masturbado mientras estaba conectado (79,7%). Un 49,2% tienen webs sexuales marcadas, pero intenta ocultarlas (62,9%) porque nadie sabe que usa el ordenador para propósitos sexuales (53,3%). Por otra parte, para un 11,7% de los adolescentes el sexo en Internet ha interferido alguna vez en su vida, cuando no consiguen acceder a información sexual online se sienten ansiosos, enfadados o decepcionados (16,2%), y algunos consideran que tienen problemas de adicción al cibersexo (8,6%). Un 25,9% de los adolescentes tienen un perfil de usuario de riesgo y un 0,5% son usuarios patológicos. Por lo que respecta al género, se obtuvieron diferencias significativas en las dimensiones “COSOL” ( $p<0,000$ ) y “GASTO” ( $p<0,007$ ), presentando los chicos puntuaciones más elevadas con respecto a las chicas.

**Conclusiones:** Los adolescentes utilizan internet para conocer gente con fines sexuales (patrón social) y satisfacer impulsos sexuales (patrón solitario no compulsivo), asumiendo muchas veces riesgos como facilitar datos personales. Además del peligro que ello conlleva, estas conductas pueden ser perjudiciales, de hecho, algunos adolescentes experimentan malestar e interferencia debido al uso de internet con fines sexuales. El diseño de los programas de promoción de un uso saludable del cibersexo debe incorporar la perspectiva de género.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castro J, Ballester R, Gil MD, Morell V, Salmerón P. Internet, cibersexo y consumo del alcohol: Estudio preliminar en adolescentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. Revista INFAD de Psicología 2016; 1:1, 507-516.
2. Ballester-Arnal R, Giménez-García C, Gil-Llario MD, Castro-Calvo J. Cybersex in the “Net generation”: Online sexual activities among Spanish adolescents. *Computers in Human Behavior* 2015; 57:261-266.
3. Ballester R, Gil MD, Gómez S, Gil B. Propiedades psicométricas de un instrumento de evaluación de la adicción al cibersexo. *Psicothema* 2010; 22:4, 1048-1053.

## ANÁLISIS DE ACTITUDES HOMÓFOBAS EN ADOLESCENTES NO EXCLUSIVAMENTE HETEROSEXUALES

*García-Barba, Marta*

*Graduada en Psicología, becaria del Grupo de Investigación Salusex-Unisexsida de la Universitat Jaume I de Castellón, barbam@uji.es*

*Nebot-García, Juan Enrique*

*Licenciado en Psicología, colaborador del Grupo de Investigación Salusex-Unisexsida de la Universitat Jaume I de Castellón, juan.nebot@uji.es*

*Ruiz-Palomino, Estefanía*

*Doctora en Psicología, miembro del Grupo de Investigación Salusex-Unisexsida de la Universitat Jaume I de Castellón y profesora ayudante del Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología de la Universitat Jaume I de Castellón, eruiz@uji.es*

*Gil-Juliá, Beatriz*

*Doctora en Psicología, miembro del Grupo de Investigación Salusex-Unisexsida de la Universitat Jaume I de Castellón y personal investigador del Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología de la Universitat Jaume I de Castellón, bgil@uji.es*

*Gil-Llario, María Dolores*

*Doctora en Psicología, directora del Grupo de Investigación Salusex-Unisexsida de la Universitat de València y profesora titular del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universitat de València, dolores.gil@uv.es*

*Ballester-Arnal, Rafael*

*Doctor en Psicología, director del Grupo de Investigación Salusex-Unisexsida de la Universitat Jaume I de Castellón y profesor titular del Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología de la Universitat Jaume I de Castellón, rballest@psb.uji.es*

### RESUMEN

**Introducción:** La adolescencia es una etapa evolutiva marcada por importantes cambios físicos, la exploración de la sexualidad y la búsqueda de la identidad sexual. Cuando la atracción sexual discrepa de los esquemas heteronormativos y no se ajusta a lo esperado, es probable sentir malestar hacia una orientación sexual, que puede que no tengan todavía clara. Esta circunstancia unida a la vulnerabilidad de sufrir bullying homofóbico

por parte de los iguales u homofobia internalizada, puede causar problemas psicológicos como bajo autoconcepto (1), depresión, o incluso ideación suicida (2). Todas estas experiencias influyen en el desarrollo afectivo-sexual del individuo y en la salud mental en la edad adulta (3). Por todo ello, el objetivo del presente estudio es detectar actitudes negativas hacia la homosexualidad en la adolescencia.

**Material y Métodos:** Los participantes fueron 304 adolescentes con edades entre 14 y 18 años ( $M=15,8$ ,  $DT=1,126$ ), de los cuales seleccionamos para el presente estudio a 53 (17,4%), que son los que se identificaron con una opción diferente a “exclusivamente heterosexual”. Los instrumentos empleados fueron: el Cuestionario sobre Intereses y Prácticas Sexuales (ad hoc) y la Escala de Prejuicio Sutil y Manifiesto hacia la Homosexualidad (Quiles et al., 2003).

**Resultados:** Incluso los adolescentes que no se consideran exclusivamente heterosexuales muestran ciertos prejuicios y estereotipos hacia la homosexualidad. Cabe destacar que un 30,2% consideran que llegado el momento no podrían sentir deseo de tener relaciones sexuales con alguien de su mismo sexo, a un 13,2% le importaría que un/a homosexual fuera su jefe/a, al 13,2% le importaría que su hija fuera lesbiana y tuviera relaciones íntimas con otra mujer, un 24,5% piensa que, al igual que los inmigrantes asumen las costumbres de su nuevo país, los homosexuales deberían ser más moderados y un 28,3% cree que las ideas que un homosexual puede inculcarles a sus hijos difieren de las de un heterosexual.

**Conclusiones:** Como muestran los resultados, encontramos ciertos prejuicios negativos hacia la homosexualidad incluso en los adolescentes que no se consideran exclusivamente heterosexuales, lo que podría generar una fuerte discrepancia entre creencias y orientación sexual, dificultando la aceptación y la formación de una identidad sexual y fomentando la internalización de la homofobia. Por ello y teniendo en cuenta las grandes repercusiones que pueden tener estas actitudes en el desarrollo de la persona, vemos conveniente seguir explorando e interviniendo a nivel preventivo sobre la aceptación de la diversidad sexual desde las primeras etapas de la vida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Espada J, Morales A, Orgilés M, Ballester R. Autoconcepto, ansiedad social y sintomatología depresiva en adolescentes españoles según su orientación sexual. *Ansiedad y estrés*. 2012;18(1):31-41.
2. Baiocco R, Ioverno S, Lonigro A, Baumgartner E, Laghi F. Suicidal Ideation among Italian and Spanish Young Adults: The Role of Sexual Orientation. *Archives of Suicide Research*. 2015;19(1):75-88.
3. Marchueta Perez A. Consecuencias del bullying homofóbico retrospectivo y los factores psicosociales en el bienestar psicológico de sujetos LGB. *Revista de Investigación Educativa*. 2014;32(1):255-271.

## LA RELACIÓN ENTRE EL APEGO Y EL AJUSTE PSICOLÓGICO EN PRE-ADOLESCENTES CON ALTAS CAPACIDADES

*Endrino-Vilanova, María Jesús*

*Licenciada en Psicología y Experta Universitaria en Psicología Clínica Infantil y Adolescente, Directora de Espai de Psicologia i Aprenentatge y Psicóloga de la Asociación Castellonense de Apoyo al Superdotado y Talento. Contacto: mariajendrino@gmail.com*

*Peña-Fernández, Manuel*

*Estudiante de Psicología, Presidente de la Asociación Castellonense de Apoyo al Superdotado y Talento.*

*Ruiz-Palomino, Estefanía*

*Doctora en Psicología, miembro del Grupo de Investigación Salusex-Unisexsida de la Universitat Jaume I de Castellón y profesora ayudante del Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología de la Universitat Jaume I de Castellón, eruiz@uji.es*

*Giménez-García, Cristina*

*Doctora en Psicología, miembro del Grupo de Investigación Salusex-Unisexsida de la Universitat Jaume I de Castellón y profesora ayudante del Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología de la Universitat Jaume I de Castellón*

*Ballester-Arnal, Rafael*

*Doctor en Psicología, director del Grupo de Investigación Salusex-Unisexsida de la Universitat*

*Jaume I de Castellón y profesor titular del Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología de la Universitat Jaume I de Castellón, rballest@psb.uji.es*

*Gil-Llario, María Dolores*

*Doctora en Psicología, directora del Grupo de Investigación Salusex-Unisexsida de la Universitat de València y profesora titular del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universitat de València, dolores.gil@uv.es*

## RESUMEN

**Introducción:** El vínculo emocional y afectivo que se elabora en la primera infancia tiene implicaciones inmediatas y a largo plazo en la salud mental del niño. La investigación relaciona el apego inseguro con síntomas ansioso-depresivos y con problemas de conducta e hiperactividad (1). En la literatura científica sobre el apego en población con altas capacidades, se concluye que el apego ansioso afecta a la autoconfianza del niño, y que el apego evitativo y el desorganizado, afectan al aprendizaje (2). El objetivo del presente estudio es analizar las relaciones entre los tipos de apego según el modelo de M. Ainsworth y los índices de ajustes clínicos, escolares, personales y emocionales, en un grupo de pre-adolescentes con alta capacidad intelectual.

**Material y Métodos:** Se administraron dos instrumentos de evaluación: BASC (Reynolds y Kamphaus, 1998) y CaMir-R (Balluerka et al., 2011). La muestra utilizada fueron 9 niños y 10 niñas de edades comprendidas entre los 8 y los 12 años (M= 10,63, DT= 1,30) con altas capacidades, que pertenecen a la Asociación Castellonense de Apoyo al Superdotado y Talento (ACAST).

**Resultados:** Un elevado porcentaje de los participantes presenta puntuaciones de riesgo o clínicamente significativas en Desajuste Clínico (31,7%), en Desajuste Escolar (31,8%), en Ajuste Personal (10,6%) y en el Índice de Síntomas Emocionales (31,8%). Las puntuaciones más altas en representaciones del vínculo se obtienen en las escalas que pertenecen a la dimensión de Apego Seguro: Seguridad (M= 4,71, DT=0,41) y Valor de la autoridad (M=4,39, DT=0,50). No obstante, también se obtiene puntuación alta en Preocupación familiar (M=3,61, DT=0,98). El análisis de correlaciones de Spearman muestra relaciones significativas con signo

positivo entre la Preocupación familiar y Desajuste Clínico ( $p=0,000$ ), Escolar ( $p=0,008$ ) e ISE ( $p=0,000$ ) y con signo negativo con Ajuste Personal ( $p=0,040$ ). Interferencia y Autosuficiencia correlacionan con signo positivo con Desajuste Clínico ( $p=0,004$ ) y ( $p=0,008$ ) y con ISE ( $p=0,037$ ) y ( $p=0,003$ ). Autosuficiencia correlaciona con signo negativo con Ajuste Personal ( $p=0,049$ ). Traumatismo se relaciona con signo positivo con Desajuste Clínico ( $p=0,008$ ) y Valor de la autoridad se relaciona con signo negativo con Desajuste Escolar ( $p=0,047$ )

**Conclusiones:** A pesar de que mayoritariamente los niños con altas capacidades presentan un apego seguro, existen desajustes clínicos, emocionales y escolares. La tendencia a la preocupación, el exceso de perfeccionismo y responsabilidad, y el cuestionamiento de temas como la muerte o la separación desde edades tempranas, puede influir en el mal ajuste en esta etapa evolutiva.

Agradecemos la colaboración de la Asociación ACAST en el presente estudio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lacasa F, Mitjavila M, Ochoa S, Balluerka N. The relationship between attachment styles and internalizing or externalizing symptoms in clinical and nonclinical adolescents. *Anales de Psicología*. 2015;31(2):422-432
2. Wellisch M. Communicating Love or Fear: The Role of Attachment Styles in Pathways to Giftedness. *Roeper Review*. 2010; 32:116-126.

## AUTOLESIONES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TDAH EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN INFANTO-JUVENIL DEL HCUV.

Gómez Sánchez, Sofía  
*MIR-III Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría del HCUV Valladolid.*  
[sofi.gosan@gmail.com](mailto:sofi.gosan@gmail.com)  
Sevillano Benito, Isabel  
[isasebe@gmail.com](mailto:isasebe@gmail.com)  
*MIR-IV Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría del HCUV Valladolid.*

Gómez García, Marta  
*MIR-I Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría del HCUV Valladolid.*  
[martareh@hotmail.es](mailto:martareh@hotmail.es)  
Mongil López, Beatriz  
*Psiquiatra infantojuvenil. Servicio de Psiquiatría del HCUV Valladolid.*  
[bmongil@saludcastillayleon.es](mailto:bmongil@saludcastillayleon.es)  
Geijo Uribe, Soraya  
*Psiquiatra infantojuvenil. Servicio de Psiquiatría del HCUV Valladolid.*  
[msgeijo@saludcastillayleon.es](mailto:msgeijo@saludcastillayleon.es)  
Uribe Ladrón de Cegama, Fernando  
*Jefe de Servicio de Psiquiatría del HCUV Valladolid.*  
[fduribe@saludcastillayleon.es](mailto:fduribe@saludcastillayleon.es)

## RESUMEN

**Introducción:** Las autolesiones cada vez son más frecuentes en nuestros pacientes. Existe un pico de prevalencia en la adolescencia y principios de la edad adulta, con tasas más altas en las mujeres. Hay estudios que demuestran una relación entre la alta impulsividad.

La unidad regional de hospitalización breve infantojuvenil del HCUV cuenta con 8 camas para todos los menores de 18 años de Castilla y León, con una población de 370.044 habitantes (Ratio camas 100.000 habs: 2.16).

El objetivo del póster es explorar el perfil clínico de los pacientes diagnosticados de TDAH y que hayan presentado autolesiones durante su ingreso en nuestra Unidad en el año 2016.

**Material y Métodos:** Estudio observacional, transversal y descriptivo con carácter retrospectivo.

**Antecedentes:** menores de 18 años, hospitalizados en la Unidad, con diagnóstico TDAH y autolesiones.

**Variables:** subtipo TDAH según DSM V, edad, sexo, reingresos, abuso de sustancias, comorbilidad, resultados del MACI.

**Resultados:** Desde Enero de 2016 a Diciembre de 2016 ha habido un total de 110 ingresos, de los cuales, 27 (un 24, 54%) han presentado autolesiones.

De estos 27 pacientes, 8 (un 29.63%) TDAH.

De los 110 ingresos, hay un total de 23 de TDAH, el 35% de los pacientes con TDAH que han ingresado, han

presentado autolesiones.

Descripción de los 8 pacientes con autolesiones + tDAH: edad media: 14.6; mediana: 15, mujeres: 7, Reingresos: 2, Subtipo predominante: combinado, consumo de tóxicos: 3,

MACI: exposición de resultados de valores por encima de 75.

**Conclusiones:** EL 20 % de los pacientes ingresados en 2016 presentan TDAH. Dentro de ellos cabe destacar que el 34.8% se autolesionan, y que en su mayoría son mujeres, resultados que apoyarían los estudios realizados hasta la fecha sobre el tema (bibliografía) y que indican una estrecha relación entre comportamientos autolesivos y TDAH debido a la alta impulsividad que presentan estos pacientes. Según el MACI, los casos descritos presentan apariencia, temperamento y el comportamiento inaceptable del trastorno antisocial de la personalidad. Son irresponsables e impulsivos. Las propiedades asociadas con el dolor y el placer parecen estar en conflicto. Presentan alta tendencia límite. Tienden a no tener claros sus valores ni su identidad personal. Además presentan más comorbilidad con TCA, abuso de sustancias y alteraciones de conducta.

Nuestros hallazgos subrayan la importancia del control exhaustivo y frecuente de los comportamientos autolesivos entre las niñas y mujeres jóvenes con TDAH.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pathways to self-harmful behaviors in young women with and without ADHD: A longitudinal examination of mediating factors.
2. Response Inhibition, Peer Preference and Victimization, and Self-Harm: Longitudinal Associations in Young Adult Women with and without ADHD.
3. DSM V

## EVALUACIÓN DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO EN PRE-ADOLESCENTES CON ALTA CAPACIDAD: PERFIL DIFERENCIAL SEGÚN EL GÉNERO

*Endrino-Vilanova, María Jesús*  
*Licenciada en Psicología y Experta Universitaria en Psicología Clínica Infantil y Adolescente, Directora de*

*Espai de Psicologia i Aprenentatge y Psicóloga de la Asociación Castellonense de Apoyo al Superdotado y Talentoso. Contacto: mariajendrino@gmail.com*

*Peña-Fernández, Manuel*

*Estudiante de Psicología, Presidente de la Asociación Castellonense de Apoyo al Superdotado y Talentoso.*

*Ruíz-Palomino, Estefanía*

*Doctora en Psicología, miembro del Grupo de Investigación Salusex-Unisexsida de la Universitat Jaume I de Castellón y profesora ayudante del Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología de la Universitat Jaume I de Castellón, eruiz@uji.es*

*Giménez-García, Cristina*

*Doctora en Psicología, miembro del Grupo de Investigación Salusex-Unisexsida de la Universitat Jaume I de Castellón y profesora ayudante del Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología de la Universitat Jaume I de Castellón*

*Gil-Llario, María Dolores*

*Doctora en Psicología, directora del Grupo de Investigación Salusex-Unisexsida de la Universitat de València y profesora titular del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universitat de València, dolores.gil@uv.es*

*Ballester-Arnal, Rafael*

*Doctor en Psicología, director del Grupo de Investigación Salusex-Unisexsida de la Universitat Jaume I de Castellón y profesor titular del Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología de la Universitat Jaume I de Castellón, rballest@psb.uji.es*

## RESUMEN

**Introducción:** Desde los primeros estudios con niños de Altas Capacidades en los años 40, existen dos posturas en referencia al elevado CI y su relación con el ajuste emocional. Por un lado están los estudios que relacionan el tener un elevado CI con una mayor vulnerabilidad al desarrollo de problemas psicológicos y sociales. Por otro, los que demuestran que los niños con alto CI presentan un buen ajuste psicológico (1). El presente trabajo analiza la relación entre el CI y dimensiones psicológicas positivas (adaptativas) y negativas (clínicas). Asimismo, examina el papel modulador del género en el ajuste psicológico.

**Material y Métodos:** Se administró el Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes (Reynolds y Kamphaus, 1998) a 10 chicos y 10 chicas de

la Asociación Castellonense de Apoyo al Superdotado y Talentoso (ACAST), con edades comprendidas entre los 8 y 12 años (M = 10,70; DT = 1,30).

**Resultados:** En los resultados del análisis de correlaciones Spearman con el total de participantes se observaron correlaciones estadísticamente significativas con signo positivo entre el CI y las dimensiones de Depresión ( $p = 0,007$ ), Estrés Social ( $p = ,013$ ); y con signo negativo con Relaciones Interpersonales ( $p = 0,018$ ) y Autoestima ( $p = 0,012$ ). Teniendo en cuenta el sexo de los participantes, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre las variables evaluadas y el CI en los chicos, pero se encontraron relaciones significativas con signo positivo en las chicas en Ansiedad ( $p = 0,040$ ), Atipicidad ( $p = 0,031$ ), Depresión ( $p = 0,004$ ), y Estrés Social ( $p = 0,014$ ); y con signo negativo con Autoestima ( $p = 0,026$ ) y Relaciones Interpersonales ( $p = 0,001$ ).

**Conclusiones:** Nuestros resultados ponen de manifiesto el síndrome de disincronía que suelen presentar los adolescentes con altas capacidades, el mayor desarrollo intelectual se vincula a menores habilidades cognitivas, emocionales y sociales. El género tiene un papel modulador central (2). El caso de las niñas con altas capacidades puede ser explicado mediante el fenómeno conocido como The Horner Effect o miedo al éxito. Las niñas, en mayor medida que los niños, muestran excesiva preocupación por ser aceptadas por los demás y sentimientos ambivalentes hacia el talento que quizá les genera desajustes emocionales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Richards J, Encel J, Shute R. The emotional and behavioural adjustment of intellectually gifted adolescents: a multi-dimensional, multi-informant approach. *High Ability Studies*. 2003; 14(2):153-164.
2. Kerr BA. *Smart girls two. A new psychology of girls, women and giftedness*. Dayton. Ohio: Psychology Press; 1994.

## ANÁLISIS DE LA RELEVANCIA DE LA CONDUCTA AUTOLESIVA EN POBLACIÓN ADOLESCENTE

*Ferrer Vinardell, Marc a,b,c,d*  
*mpozuelo@vhebron.net*

*Pozuelo Lopez, Marian a,d.*

*Pérez Rodriguez, Violeta a*

*Pozo, Rafael a*

*Mayola Mari, Sandra a*

*Calvo Piñero, Natàlia a, b, c, d*

*a Psychiatry Department, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Barcelona, Spain.*

*b Psychiatry, Mental Health and Addictions Group. Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR), Barcelona, Spain.*

*c Psychiatry and Legal Medicine Department, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Barcelona, Spain.*

*d Grup TLP Barcelona, Spain.*

## RESUMEN

**Introducción:** La conducta autolesiva es un problema emergente en población adolescente en tanto que está ligada a inmadurez emocional. En muchos casos, la conducta autolesiva es motivo del primer contacto con personal sanitario en esta etapa de la vida y supone una primera valoración por psiquiatría. Los adolescentes con conducta autolesiva pueden presentar o estar en riesgo de presentar un trastorno psicopatológico. El equipo de psiquiatría infanto-juvenil del Hospital Universitari Vall d'Hebron (HUVH) ha realizado un estudio de la población que acude a urgencias pediátricas por dicho motivo.

**Objetivos:** Estudio de las características clínicas y sociodemográficas de la población que consulta a urgencias pediátricas por conductas autolesivas.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes de 0-18 años de edad atendidos en urgencias de pediatría del HUVH por conductas autolesivas en los años 2015 y 2016 (n=88)

**Resultados:** El 19.5% de la población infanto-juvenil que consulta en urgencias pediátricas lo hace por conducta autolesiva (n=452). La mayoría fueron mujeres (81.8% vs 18.2%). La mayoría tenían entre 15 y 18 años (68.2%). Menos de la mitad estaban previamente vinculados a la red de Salud Mental (36.4%). De los que tenían un diagnóstico previo los más frecuentes eran la depresión (13.6%) y el trastorno de personalidad

o trastorno de conducta (ambos con un 10.2%). La orientación diagnóstica al alta más frecuente en urgencias es el Trastorno de la Personalidad (18.2%), seguida del síndrome ansioso-depresivo y el “no diagnóstico”. El 67% son altados a seguimiento ambulatorio especializado y el 20.5% a una unidad de agudos.

**Conclusiones:** Las conductas autolesivas en niños y adolescentes son altamente prevalentes y parecen ser el factor de riesgo más indicativo de suicidio en el futuro (1). El Trastorno de Personalidad cada vez es más visible como una realidad para los pediatras y personal especializado que atiende a esta población. Las conductas autolesivas son motivo de consulta frecuente en urgencias pediátricas y acercan al paciente a una primera valoración por psiquiatría, siendo el punto de entrada al seguimiento por Salud Mental. Es necesaria la continuación de estudios como el actual para dotar a los pediatras de herramientas adecuadas para el correcto abordaje de estos pacientes y continuar aumentando el conocimiento sobre el tema. El equipo de psiquiatría infanto-juvenil del HUVH continuará realizando estudios para ello.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Hawton K, Fagg J. Suicide, and other causes of death, following attempted suicide. *Br J. Psychiatry* 1988;152:359–66.

## TRASTORNO CONVERSIVO Y GANANCIA SECUNDARIA. TRATAMIENTO EN HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL

*Álvarez Núñez, R. Teresa.*

*Enfermera Especialista en Salud Mental. Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. e-mail: teresaalvarez02@gmail.com*

*Colomina Llobell, Cristina.*

*Psicóloga Interna Residente. Hospital Universitario de la Plana. Villa-Real (Castellón).*

*Beltrán Agost, Cristina.*

*Enfermera Interna Residente de Salud Mental. Hospital Clínico Universitario de Valencia.*

*Salcedo Fernández, Marta*

*Enfermera especialista en salud mental. Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia.*

*Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.*

*Espinosa-Mata, Matilde.*

*Psicóloga Clínica. Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia. Hospital General Universitario de Castellón. Universitat Jaume I.*

*Real-López, Matias*

*Psiquiatra. Coordinador del Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Universitat Jaume I.*

## RESUMEN

**Introducción:** El trastorno de conversión es una categoría diagnóstica en la que tienen lugar uno o más síntomas de alteración de la función motora o sensitiva voluntaria que no pueden ser explicados por una afección médica reconocida. Las presentaciones neurológicas más frecuentes incluyen ceguera, sordera, parálisis, afonía, movimientos involuntarios, convulsiones, mutismo, dolor y analgesia/anestesia<sup>1</sup>. Estos síntomas pueden ser usados consciente o inconscientemente, con el fin de obtener beneficios para el individuo (ganancia secundaria).

La etiología está asociada a factores psicológicos y el tratamiento va orientado a los mismos. Podría constituir un 5% de las consultas de neurología y es dos o tres veces más frecuente en mujeres. El pronóstico es más favorable cuando el cuadro aparece en la niñez<sup>2</sup>.

**Material y Métodos:** Descripción de un caso clínico de un paciente del Hospital de Día Infanto-Juvenil de Castellón, diagnosticado de Trastorno Conversivo. Revisión de la historia clínica.

**Resultados:** Varón de 13 años. Adoptado a los 9 días tras nacimiento. Núcleo familiar compuesto por ambos progenitores y su hermana, también adoptada, de 10 años.

Antecedentes de acoso escolar a los 7 años, en tratamiento con psicólogo privado. A los 10 años presenta crisis de angustia con pérdida de conciencia en el contexto de conflictos con un compañero que derivan en un absentismo escolar de meses. Finalmente, tras separación de ambos en clases diferentes, desaparecen estos episodios pero persiste clínica ansiosa basal.

En el curso siguiente coinciden de nuevo ambos compañeros en la misma clase reapareciendo las crisis de ansiedad acompañadas de desvanecimientos. Ingresó en Pediatría donde se descarta organicidad. Durante

este ingreso se dan varios episodios de agresividad hacia padres y profesionales. Tras ingreso de 6 días, es dado de alta con el diagnóstico de Trastorno Oposicionista-desafiante. Se decide reincorporación progresiva al colegio que resulta fallida.

Al alta inicia contacto con USMI filiándose el diagnóstico como Trastorno conversivo. Se deriva a HDIJ donde disminuye la gravedad de los síntomas conversivos (pasa de presentar aparatosas crisis conversivas a somatizaciones), asistiendo de forma continuada al centro y cumplimentando el tratamiento planteado.

**Conclusiones:** Se trata de un caso típico de sintomatología conversiva en el que se evidencia la necesidad de realizar una evaluación exhaustiva del paciente para descartar organicidad. Una vez descartada, el manejo apropiado de los síntomas adquiere un papel fundamental en la perpetuación de los mismos. Dado el desafío que supone este tipo de casos, su divulgación podría aportar información sobre diagnóstico y tratamiento más adecuado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shahid Ali MD, Shagufta Jabeen MD, Rebecca J. Pate MD, Marwah Shahid MS, Sandhya Chinala MD, Milankumar Nathani MD, Rida Shah MD. Conversion Disorder-Mind versus Body: A Review. *Innov Clin Neurosci*. 2015; 12(5-6): 27-33
2. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª Edición. Editorial Panamericana; 2013.

## SEXUALIDAD EN DISCAPACIDAD INTELECTUAL E IMPLICACIONES LEGALES: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Noroze Gallego, Serguei Dario*  
Médico Interno Residente en Psiquiatría. Hospital General Universitario. Castellón. E-mail: s.noroze@gmx.es

*Sánchez Cano, Débora.*  
Médico Interno Residente en Psiquiatría. Hospital General Universitario. Castellón  
*Selma Lorenzo, Alejandro.*

*Médico Forense Psiquiatra, Instituto de Medicina Legal. Valencia*

*Ramos-Vidal, Carla*

*Psiquiatra. Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Universitat Jaume I.*

*Real-López, Matias*

*Psiquiatra. Coordinador del Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Universitat Jaume I.*

## RESUMEN

**Introducción:** Las personas con discapacidad intelectual presentan un riesgo aumentado de sufrir abusos sexuales. Además de las posibles secuelas de dicho abuso, existen unas implicaciones legales, las cuales aumentan en complejidad si se trata de un paciente menor de edad. La limitación intelectual de los pacientes, unida a la personalidad en desarrollo y el despertar de la sexualidad en la pubertad, pueden hacer que el menor se exponga a situaciones de riesgo y no pueda calibrar las consecuencias de sus acciones, invalidando el consentimiento que este pudiera presentar en apariencia a las relaciones sexuales<sup>1,2</sup>.

La sexualidad de un menor con discapacidad intelectual es, pues, un reto para la familia y los profesionales, dado que se debe intentar llegar al mayor grado de autonomía del paciente y a su vez reconocer su vulnerabilidad y proteger sus derechos<sup>3</sup>.

**Material y Métodos:** Revisión de un caso de denuncia de abuso sexual a una menor con Discapacidad Intelectual Leve y Trastorno Bipolar, desde el marco médico-legal (implicaciones de la sentencia), y discusión de estrategias de manejo.

**Resultados:** Se aprecia que, tras psicoeducación y trabajo sobre sexualidad con la paciente, la capacidad de identificar conductas de riesgo y la autonomía sobre la esfera sexual han mejorado.

**Conclusiones:** La labor de prevención del abuso sexual en casos similares al que nos ocupa pasa por la educación sexual temprana de los pacientes. Idealmente dicha educación debería ser adaptada a las capacidades intelectuales y el nivel de madurez del paciente, así como

depender del interés que muestre éste en el sexo. A nivel clínico, refuerza la autonomía del paciente y minimiza el riesgo de posibles conductas de abuso. A nivel legal, evita situaciones como las que se dan en el caso revisado, en el que la dificultad de la víctima para identificar una situación de riesgo dificulta además el esclarecimiento del posible delito cometido.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Manuel J. Checa González. Manual Práctico de Psiquiatría Forense. Barcelona. Elsevier-Masson. 2010.

Couwenhoven T. La educación sexual es la prevención del abuso sexual. Revista Síndrome de Down 2013;30:9-14.

E. Dukes B. E. McGuire Enhancing capacity to make sexuality-related decisions in people with an intellectual disability. J Intellect Disabil Res 2009;53(8):727-34.

### ESTUDIO DE LA IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA EN LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL ATENDIDA EN URGENCIAS

Pozuelo Lopez, Marian a,d.

mpozuelo@vhebron.net

Calvo Piñero, Natàlia a, b, c, d

Lara Castillo, Benjamin a

Serra-Pla, Juanfran a

Iglesias González, Tamara a

Ferrer Vinardell, Marc a,b,c,d

a Psychiatry Department, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Barcelona, Spain.

b Psychiatry, Mental Health and Addictions Group. Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR), Barcelona, Spain.

c Psychiatry and Legal Medicine Department, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Barcelona, Spain.

d Grup TLP Barcelona, Spain.

### RESUMEN

**Introducción:** Según la OMS, la mitad de los trastornos de salud mental en la edad adulta empiezan a manifestarse a los 14 años, pese a no detectarse. En 2015 y 2016, el suicidio fue la tercera causa de muerte en adolescentes (1). Es frecuente la conducta autolesiva como inicio del contacto con salud mental. La conducta autolesiva no siempre tiene intención autolítica; existen

otras finalidades, sobretodo, en población adolescente. Hay un gap de conocimiento sobre la conducta autolesiva en esta población y, teniendo en cuenta el alto número de suicidios así como la presencia de las primeras manifestaciones de trastornos de salud mental en estas edades, es necesario realizar un análisis adecuado del tema para identificar y tratar adecuadamente el problema

**Objetivos:** Estudio de las características clínicas y sociodemográficas de pacientes atendidos en urgencias por ideación o conducta orientada como suicida.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes de 0-18 años de edad atendidos en urgencias de pediatría del Hospital Universitari Vall d'Hebron (HUVH) por ideación suicida o conducta autolesiva orientada como suicida en los años 2015 y 2016 (n=252)

**Resultados:** El 22.3% de la población infanto-juvenil que consulta a urgencias lo hace por ideación, amenaza o conducta autolesiva (n=452). Un 60.4% no habían contactado previamente con Salud Mental. La mayoría son mujeres (80.2% vs 19.8%). La edad más prevalente son los 14-18 años (64.3%). De los que presentaban diagnóstico previo, el más frecuente era la depresión (12.9%), seguido del síndrome ansioso-depresivo y del trastorno de conducta. La orientación diagnóstica más frecuente al alta fue la de Trastorno de Personalidad (17%), seguida del síndrome ansioso-depresivo y del “no diagnóstico”. La mayoría fueron derivados a seguimiento ambulatorio especializado (67.8%) y un 18.8% a unidad de agudos. Se observa una correlación significativa entre la presencia de ideación suicida en edades más tempranas y las tentativas autolíticas o conductas autolesivas en edades más avanzadas ( $\chi^2=35.592$ ;  $p=0.011$ ).

**Conclusiones:** La prevalencia de ideación, amenaza o intento suicida así como la conducta autolesiva es elevada en población infanto-juvenil. Hay diferencias en cuanto a la manifestación de este tipo de conductas que afectan a la edad y al sexo. El grupo de trabajo de psiquiatría infanto-juvenil del HUVH continuará estudiando la población que acude a urgencias por este motivo y realizando un seguimiento para ver la evolución de los pacientes para poder aumentar el conocimiento y realizar un manejo adecuado de estos pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Mental health: Suicide Prevention.

## ESTUDIO DE LA EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO EN COMPETENCIA SOCIAL EN PACIENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN FUNCIÓN DE LA EDAD Y DIAGNÓSTICO

*Aguilar Fernández, Alfredo. Psicólogo Clínico CSMIJ Parc Taulí Sabadell*

*Membrives Martín, Sonia. PIR Parc Taulí Sabadell*

*Querol Gonzalez, Mireia. Psicóloga Clínica CSMIJ Parc Taulí Sabadell*

*Fortes Lahiguera, Andrea. MUPGS UAB Parc Taulí Sabadell*

*Piera Pinto, Eulalia. Psicóloga Clínica CSMIJ/USEE Parc Taulí Sabadell*

*Pàmias Massana, Montserrat. Psiquiatra Infantil y Cap de Salut mental Parc Taulí Sabadell.*

## RESUMEN

**Introducción:** Los individuos con diagnóstico de TEA presentan déficits en las habilidades de comunicación e interacción social desde la infancia, que se mantienen en la edad adulta. Los pacientes con trastorno generalizado del desarrollo no especificado (TGD NE) tienen menos síntomas autistas que los afectados de trastorno de Asperger y autismo (Walker, Darlene et al 2004). Los grupos de habilidades sociales para niños y adolescentes con TEA son una intervención habitual, aunque los estudios a largo plazo no muestran una evidencia concluyente (Magiati et al 2014).

El objetivo de este estudio es conocer la evolución a largo plazo de las habilidades sociales en pacientes diagnosticados de TEA tras realizar un programa de entrenamiento en competencia social en función de la edad y el diagnóstico.

**Material y Métodos:** Se empleó un diseño de encuesta longitudinal. La muestra está formada por 24 pacientes (media edad 16 años) del CSMIJ de Hospital Parc Taulí de Sabadell, que participaron en el Programa de Intervención en Competencia Social (Guli et al 2008). Todos diagnosticados de TEA de alto funcionamiento:

16 correspondían al trastorno de Asperger y 8 al TGD NE según criterios DSM-IV. Se separó la muestra en dos grupos: mayores (7) y menores de 16 años (17). Se administró la Social Responsiveness Scale (Constantino, y Gruber, 2005) antes y después del tratamiento grupal y 5 años después para estudiar la estabilidad en competencia social.

**Resultados:** Los niños y adolescentes con TEA mostraron mejoría en habilidades sociales 5 años tras finalizar el grupo. La mediana de puntuaciones totales (puntuaciones T) en la SRS en pacientes con trastorno de Asperger (75, 74, 67) muestran una puntuación más alta en la fase pregrupo pero hay una mayor disminución de la clínica en post grupo y seguimiento que los afectados de TGD NE (62, 70, 68). Además mejoraron en Conciencia Social hasta obtener puntuaciones no clínicamente significativas (62; 59, 54), mientras que el grupo TGD NE mostro empeoramiento a lo largo del tiempo (65, 66, 67).

El grupo de adolescentes mayores (80, 78, 71) presentó puntuaciones más elevadas que el de menores de 16 años (69, 71, 66) en cualquiera de las mediciones.

**Conclusiones:** Los más beneficiados del tratamiento grupal en competencia social son los pacientes diagnosticados de trastorno de Asperger y los de menor edad (<16), respaldando la importancia de realizar un tratamiento precoz para obtener beneficios más duraderos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Walker, D. R., Thompson, A., Zwaigenbaum, L., Goldberg, J., Bryson, S. E., Mahoney, W. J. & Szatmari, P. Specifying PDD-NOS: a comparison of PDD-NOS, Asperger syndrome, and autism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43. 2 (2004): 172-180.
2. Magiati, Iliana, Xiang Wei Tay, and Patricia Howlin. Cognitive, language, social and behavioural outcomes in adults with autism spectrum disorders: A systematic review of longitudinal follow-up studies in adulthood. *Clinical Psychology Review* 34.1 (2014): 73-86.
3. Guli, L. A., Wilkinson, A. D., y Semrud-Clikeman, M. Social Competence Intervention Program (SCIP): A drama-based intervention for youth on

the autism spectrum. Champaign, IL: Research Press (2008).

- Constantino, J. N., y Gruber, C. P. Social responsiveness scale (SRS). Los Angeles, CA: Western Psychological Services (2005).

### EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL DE DÍA DE ADOLESCENTES DE VILANOVA TRAS CINCO Y DIEZ AÑOS DEL ALTA

*Alvarez Subiela, Xavier*

*Psiquiatra Hospital de Día de Adolescentes de Vilanova.*

*jalvarezs@sjdhospitalbarcelona.org*

*Sabria Ramiro, Olga*

*Psicóloga Hospital de Día de Adolescentes de Vilanova.*

*Reina Olmo, Victoria*

*Trabajadora Social Hospital de Día de Adolescentes de Vilanova.*

*Hernández Guerrero, Mamen*

*Enfermera Hospital de Día de Adolescentes de Vilanova.*

*Ventura Lluch, David*

*Educador Hospital de Día de Adolescentes de Vilanova.*

*Maraver Martín, Judith*

*Monitora Hospital de Día de Adolescentes de Vilanova.*

#### RESUMEN

**Introducción:** Los hospitales de día son dispositivos muy controvertidos y con diversas contribuciones, tanto a favor como en contra. Por estas razones es esencial realizar una buena evaluación de los resultados obtenidos en los pacientes tratados en estos dispositivos y su evolución a lo largo de los años.

**Material y Métodos:** Hemos realizado un estudio naturalístico a través de unas encuestas presenciales (o en caso de imposibilidad, por teléfono) a 34 pacientes dados de alta en 2005 y 2006. Con el objetivo de conocer la evaluación y el grado de satisfacción de los pacientes dados de alta en el Hospital de Día hace cinco años, y se repitió a los pacientes dados de alta hace 10 años. Previamente se han recogido los datos socio-demográficos y clínicos se han recogido de los expedientes médicos de los pacientes.

**Resultados:** A los 5 años después del alta:

En cuanto a los datos sobre ocupación y estilo de vida, 10 pacientes habían sido emancipados en el momento de la encuesta, 6 pacientes habían trabajado y 6 estaban trabajando en el momento de la encuesta, 2 de los cuales tenían trabajo protegido y un paciente recibía una pensión. En el nivel de los estudios 3 pacientes tienen el certificado de la ESO, 5 pacientes han realizado estudios superiores o licenciatura y 7 no tienen estudios de ESO. En cuanto a los datos referentes a la salud mental, se evaluó que 11 pacientes seguían teniendo tratamiento farmacológico, 8 pacientes fueron seguidos con psicología y 2 pacientes requirieron una hospitalización psiquiátrica posterior.

A los 10 años del alta: En esta segunda revisión 7 pacientes han sido emancipados, 9 pacientes trabajan y 2 habían trabajado y actualmente están desempleados. 2 pacientes persisten en el trabajo protegido, y un paciente recibe una pensión. A nivel de estudios 3 pacientes tienen el certificado de ESO solamente, 5 pacientes han hecho estudios superiores o licenciatura y 6 no tienen estudios de ESO. A nivel farmacológico, 4 pacientes persisten tanto en el tratamiento farmacológico como en el psicológico, y un solo paciente ha requerido ingreso psiquiátrico.

**Conclusiones:** La experiencia de todos los pacientes que han respondido ha sido positiva, pero hay algunas debilidades en el estudio que son obvias. A pesar de estos puntos débiles, existen patrones comunes de evolución de estos pacientes, mostrando elementos de buena evolución más allá de lo esperado, lo que nos hace pensar en diferentes hipótesis de estas mejoras, ya sea a través del uso del recurso, así como de las diferencias entre los grados de disfuncionalidad entre la infancia y la patología juvenil y la patología de los adultos.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asunción Soriano. Función terapéutica del hospital de día para adolescentes. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente, 2010; 50, 225-231.
- Rubén D. Galtero, et al. Seguimiento de pacientes dados de alta de un hospital de día para adolescentes. Estudio descriptivo. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2007, vol. XXVII, n.º 100, pp. 293-301, ISSN 0211-5735.

## SÍNDROME DE KLEINE- LEVIN: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Pardo Guerra, María.*

*Médico Interno. Residente Psiquiatría. Hospital Universitario General de Castellón.*

*E-mail de contacto: pardoguerra.maria@gmail.com*

*Sesé Bartoll, Elena.*

*Médico Interno. Residente Psiquiatría. Hospital Universitario General de Castellón.*

*De Álvaro López, Raquel.*

*Médico adjunto. Psiquiatra de Interconsulta y Enlace. Hospital Universitario General de Castellón.*

### RESUMEN

**Introducción:** El Síndrome de Kleine-Levin (SKL) es infrecuente y afecta principalmente a adolescentes varones. Se caracteriza por episodios recurrentes de hipersomnia (100%), alteraciones conductuales y cognitivas (96%), hipersexualidad (43%) y alteraciones alimentarias (80%). Los episodios duran entre 2 días y 4 semanas, repitiéndose al menos anualmente, con remisión total interepisódica. La etiología es desconocida, habiéndose relacionado con infecciones víricas previas, de origen respiratorio principalmente, y fenómenos autoinmunitarios. Su tratamiento es sintomático.

**Material y Métodos:** Breve revisión bibliográfica. Descripción del caso mediante recogida de información de la historia clínica, a través de los sistemas informáticos de sanidad pública (Orion Clinic y Abucasis).

**Resultados:** Varón de 12 años que ingresó en Pediatría por alteración brusca del comportamiento, bradipsiquia y somnolencia de una semana de evolución. El mes anterior, había presentado dos infecciones respiratorias con fiebre. Carecía de antecedentes personales o familiares de enfermedades somáticas y psiquiátricas. En la exploración física sólo presentaba un herpes labial, tratándose inicialmente con aciclovir por sospecha de encefalitis herpética.

Las exploraciones complementarias (hemograma y bioquímica sanguínea -incluyendo antiestreptolisinas, factor reumatoide, inmunoglobulinas, complemento, hormonas tiroideas, prolactina, adrenocorticotropa, autoanticuerpos antinucleares y anti-ADN-, electroforesis proteica, serología -hepatitis, VIH, lúes, herpes-, tóxicos

en orina, estudio de líquido cefalorraquídeo, EEG y RMN cerebral) fueron normales.

En la exploración psiquiátrica estaba desorientado, bradipsíquico, con discurso parco, distraibilidad, amnesia anterógrada, hipersomnia e hiporexia. Irritable al impedirle el sueño y, en contadas ocasiones, sexualmente desinhibido, con síntomas de desrealización y autorreferencias. La sintomatología cedió espontáneamente a la semana de ingreso, con amnesia parcial del episodio. Para entonces, el calendario de sueño, actigrafía, y SPECT cerebral eran normales. Se detectó un HLA DQB1\*0201, que se ha relacionado con el SKL. El diagnóstico fue de sospecha de comienzo de SKL. Once meses después, según seguimiento de Neuropediatría y de la Unidad de Salud Mental Infantil, permanece asintomático y sin tratamiento.

**Conclusiones:** Se trata de un caso característico de comienzo del SKL, en el que la demora de la sospecha diagnóstica limitó la obtención de la polisomnografía típica de las hipersomnias recurrentes. Como entidad clínica poco frecuente, el seguimiento de este caso podría aportar nuevos datos para su diagnóstico y tratamiento.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arnulf, I et al. Kleine Levin Syndrome: a systematic review of 186 cases in the literature. *Brain* (2005), 128, 2763-2776.
2. Arnulf, I. Kleine Levin Syndrome. *Sleep Medicine Clinics* (2015), Volume 10, Issue 2, 151- 161.

### CREACIÓN DEL “GRUPO DE PALABRA DE ADOLESCENTES” EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTIL Y ADOLESCENTE (USMIA): UNA EXPERIENCIA PILOTO

*Escolano Martí, Maura*

*Enfermera especialista en salud mental, 1, MAURA. ESCOLANO@marinasalud.es*

*Flores de Apodaca Verdura, Yanet*

*Psiquiatra, 1, Yanet.flores @marinasalud.es*

*Ruz Paredes, Mario*

*Psiquiatra, 1, mario.ruz @marinasalud.es*

*Avilés Sellés, Seyla*

*Enfermera especialista en salud mental, 1, Seyla.*

*Aviles@marinasalud.es*

*Doménech Martí , Rosa M°  
Supervisora 1,2, rosam.domenech @marinasalud.es  
Climent Suñer , Miguel Angel  
Jefe de Servicio Salud Mental ,2, miguelangel.climent @  
marinasalud.es  
Unidad de Salud Mental Infantil a Adolescente (USMIA).  
Denia.  
Servicio de Psiquiatria. Departamento de Salud de  
Denia.*

## RESUMEN

**Introducción:** La adolescencia es un período de profundos cambios, marcado por la inestabilidad y la provisionalidad. Ante la necesidad de mejorar las habilidades comunicativas entre los pacientes adolescentes de la Unidad de Salud Mental Infantil y Adolescente (USMIA), se realizó una experiencia piloto creando el “Grupo de Palabra”. Este grupo de trabajo está liderado por un psiquiatra y una enfermera especialista en salud mental , con el objetivo de estimular la comunicación y las interacciones amistosas-colaborativas, facilitar la identificación, comprensión y expresión de emociones e identificar percepciones y prejuicios entre los adolescentes seleccionados para la experiencia piloto.

**Material y Métodos:** La muestra está constituida por 14 adolescentes con edades entre 11 y 17 años usuarios de la USMIA del CSI de Denia, tras excluir a los pacientes con psicosis incipiente.

Este estudio emplea la medición Pre-test, seguido de la intervención con el grupo de palabra y una medición pos-test para evaluar si la intervención ha resultado efectiva.

Para la evaluación de los procesos grupales se utilizó la “Evaluación de logros de Gazte Fórum” que evalúa el tipo de relaciones interpersonales que se establecen, las capacidades personales para establecer relaciones sociales, el nivel de apoyo interpersonal en el grupo, la diversidad de actividades que realizan conjuntamente y las habilidades para relacionarse con sus semejantes, como aspectos más destacados.

Se realizó una sesión quincenal con una duración de una hora y media durante diez meses, realizado actividades a modo “rol-play”, grupos de discusión y “tormenta de

ideas” con un debate posterior guiado por el psiquiatra y apoyado por la enfermera especialista en salud mental .

**Resultados:** Se observó durante la evaluación pre-test que inicialmente se daban muy poco apoyo mutuo, no percibían al grupo como un posible apoyo emocional en los momentos de dificultad , no eran conscientes del tipo de relación que establecían dentro del grupo y no presentaban ninguna empatía entre los diversos miembros del grupo. Tras la evolución post-test se evidencia una mejoría notable en la conciencia del tipo de relaciones que establecen, identifican sus capacidades personales y sus puntos débiles, se dan apoyo emocional habiendo equilibrio entre el apoyo dado y el recibido , mejorando su capacidad de empatía . Se observa también que el grupo sirvo de contención y se consolidó en el tiempo , realizando actividades juntos fuera de la terapia.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos en el estudio sugieren que el programa estimuló una mejora en las relaciones y habilidades sociales dentro del grupo (incluso con sus progenitores), llegando a crearse un grupo de padres que recibe y proporciona apoyo emocional consolidado en el tiempo. Así mismo, se apreció un incremento en las actividades positivas realizadas entre los participantes fuera del “grupo de palabra”.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alsinet, C. Un programa para mejorar las habilidades sociales de los adolescentes: Intervención Psicosocial. Revista sobre Igualdad y Calidad de Vida 1997;6:227-235.
2. Caballo, V. E. y Carroble, J. A.. Comparación de la efectividad de diferentes programas de entrenamiento en habilidades sociales. Revista Española de Terapia del Comportamiento 1988;2:93-114
3. Gambrill, E.D. y Richey, C.A. An assertion inventory for use in assessment and research. Behavior Therapy 1975;6:550
4. Gazteforum.net [Internet]. Guipuzkoa: HeziZerb; 2016 [actualizado julio 2016; citado 12 febrero 2017]. Disponible en: <http://www.gazteforum.net/esp/documentacion.htm#>

## RED DE ACTIVACIÓN POR DEFECTO EN PSICOSIS DE INICIO PRECOZ A LOS DOS AÑOS DEL DEBUT.

*Ilzarbe, Daniel*

*Psiquiatra. Becario de Formación Avanzada de la Fundación Alicia Koplowitz. Department of Child and Adolescent Psychiatry, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, Londres, Reino Unido. Universitat de Barcelona, Barcelona, España.*

*dilzarbe@clinic.cat*

*Castro-Fornieles, Josefina*

*Psiquiatra. Doctora en Medicina. Directora del Instituto de Neurociencias, Hospital Clinic Barcelona, Barcelona, España. Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, España. Universitat de Barcelona, Barcelona, España.*

*De la Serna, Elena*

*Psicóloga. Doctora en Psicología. Departamento de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente, Instituto de Neurociencias, Hospital Clinic Barcelona, Barcelona, España. Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, España.*

*Rosa, Mireia*

*Psicóloga. Departamento de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente, Instituto de Neurociencias, Hospital Clinic Barcelona, Barcelona, Calvo, Anna*

*Física, Plataforma de bioingeniería, biomateriales y nanomedicina, Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, España.*

*Sugranyes, Gisela*

*Psiquiatra. Doctora en Medicina. Departamento de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente, Instituto de Neurociencias, Hospital Clinic Barcelona, Barcelona, España. Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, España. Universitat de Barcelona, Barcelona, España.*

### RESUMEN

**Introducción:** La red de activación por defecto (DMN) es un patrón de activación cerebral del reposo cuya distribución anatómica coincide con áreas cerebrales implicadas en tareas de cognición social (van den Heuvel y cols. 2010). Estudios en adultos con esquizofrenia

han demostrado diferencias con respecto a controles (Mingoa y cols. 2012), y también algunos en psicosis de inicio precoz (PIP) (Alexander-Bloch y cols. 2010).

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio transversal observacional de casos y controles evaluando mediante resonancia magnética funcional en reposo, a adolescentes a los 2 años del primer episodio psicótico y un grupo de sujetos sanos (CON). Para el presente análisis se seleccionaron los sujetos de 19 años en la evaluación: 13 PIP y 10 CON. Tres casos fueron excluidos por exceso de movimiento durante el preprocesado automatizado en SPM. El análisis de componentes independientes por voxel se realizó mediante la herramienta GIFT para Matlab. Se seleccionó el componente que mejor se correlacionaba espacialmente con la DMN (0,57), se aplicó una máscara de la DMN y un umbral no corregido de 0,001.

**Resultados:** Se observaron diferencias en el patrón de activación de la DMN siendo superior en PIP respecto a CON en el giro para-cingulado izquierdo (-6, 41, -7), el cortex prefrontal medial (9, 38, 10), lóbulo frontal derecho (6, 65, 5) e hipocampo derecho (27, -19, -16). El resto de diferencias sólo incluían un voxel.

**Conclusiones:** Nuestro hallazgos de activación en lóbulo frontal son similares a otros estudios (Mingoa y cols. 2012), pero los del cortex prefrontal medial difieren (Mingoa y cols. 2012). Algunos estudios han demostrado dificultades en la desactivación de la DMN al inicio de una tarea, especialmente en el cortex prefrontal medial, en adultos con esquizofrenia (Zhou y cols. 2016). Las principales limitaciones del estudio son el tamaño y la heterogeneidad clínica de la muestra. Más estudios son necesarios en neuroimagen de reposo en PIP por las oportunidades que representa la técnica, más fácilmente aplicable y reproducible que la neuroimagen con tarea (Fox et al. 2010), especialmente en población infanto-juvenil, y por la traducción clínica que correlaciona los hallazgos con síntomas positivos y negativos (Berman y cols. 2016).

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alexander-Bloch AF, Gogtay N, Meunier D, Birn R, Clasen L, Lalonde F, Lenroot R, Giedd J, Bullmore ET. Disrupted modularity and

- local connectivity of brain functional networks in childhood-onset schizophrenia. *Front Syst Neurosci.* 2010 Oct 8;4:147.
- Berman RA, Gotts SJ, McAdams HM, Greenstein D, Lalonde F, Clasen L, Watsky RE, Shora L, Ordonez AE, Raznahan A, Martin A, Gogtay N, Rapaport J. Disrupted sensorimotor and social-cognitive networks underlie symptoms in childhood-onset schizophrenia. *Brain* (2016) 139 (1): 276-291. Fox MD, Greicius M. Clinical applications of resting state functional connectivity. *Front Syst Neurosci.* 2010 Jun 17;4:19.
  - Mingoia G, Wagner G, Langbein K, Maitra R, Smesny S, Dietzek M, Burmeister HP, Reichenbach JR, Schlösser RG, Gaser C, Sauer H, Nenadic I. Default mode network activity in schizophrenia studied at resting state using probabilistic ICA. *Schizophr Res.* 2012 Jul;138(2-3):143-9.
  - van den Heuvel MP, Hulshoff Pol HE. Exploring the brain network: a review on resting-state fMRI functional connectivity. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2010 Aug;20(8):519-34.
  - Zhou L, Weidan Pu, Jingjuan Wang, Haihong Liu, Guowei Wu, Chang Liu, Tumbwene E. Mwansisya, Haojuan Tao, Xudong Chen, Xiaojun Huang, Dongsheng Lv, Zhimin Xue, Baoci Shan & Zhening Liu. Inefficient DMN Suppression in Schizophrenia Patients with Impaired Cognitive Function but not Patients with Preserved Cognitive Function. *Scientific Reports* 2016. 6: 21657.

## ESTUDIO EVOLUTIVO DE LOS TRASTORNOS NEURÓTICOS DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE LA INFANCIA Y DE LA ADOLESCENCIA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Varela Reboiras, Lucía

*Filiación:* Facultativa Especialista de Área de Psiquiatría. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Santiago de Compostela. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Lucía.Varela.Reboiras@sergas.es.

Brenlla González, Julio Bernardo.

*Filiación:* Doctor en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Titular numerario de Psiquiatría vinculado

a la Jefatura de Sección de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

*Domínguez Santos, María Dolores*

*Filiación:* Doctora en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Profesora Titular vinculada a la Unidad de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

### RESUMEN

**Introducción:** Estudios longitudinales han demostrado que los niños ansiosos tienen un riesgo mayor de sufrir trastornos de ansiedad (TAn), trastornos del estado de ánimo, trastornos por uso de sustancias (TUS) y suicidio en la adultez.

**Material y Métodos:** Estudio observacional descriptivo longitudinal, formado por una muestra de 510 pacientes diagnosticados de Trastornos neuróticos (TN) (F40-42, F44-48 y F93, CIE-10) en la Unidad de Salud Mental de la Infancia y de la Adolescencia (USMIA) de Santiago de Compostela entre los años 2000 y 2012, 248 hombres y 262 mujeres, con una edad media de primera atención de 11,21±2,99 años y una edad actual de 21,91±4,16 años. Se desarrolló un protocolo con variables socio-demográficas y clínico-evolutivas. Para el análisis estadístico de los datos se usó el programa SPSS.

**Resultados:** La incidencia global en la USMIA de TN es del 14,98%. El diagnóstico más frecuente es TAn (F40-41) (53,3%), seguido de Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia (TEI) (F93) (32,7%). Los pacientes con TAn son los que más se dan de alta, 63,2%, los que más se derivan, por edad, 56,3%, y los que más abandonan la USMIA, 48,6%, ( $p=,003$ ). Los pacientes que más acuden posteriormente a la Unidad de Salud Mental de Adultos (USMA) son los que previamente fueron diagnosticados de TAn, 57,3%, y los que menos, los Trastornos de conversión (TC), 4,3%. El 17,3% tiene un diagnóstico en la actualidad, siendo el más frecuente el de TN, 53,4%, y el cambio más frecuente, hacia Trastorno depresivo (TDep), 11,4%; el 3,9% presenta 2 diagnósticos, siendo las combinaciones más frecuentes TN + TDep y TN + Trastorno de personalidad (TPe), 28,57% respectivamente; y el 1,8% tiene 3 diagnósticos, manteniéndose en la mitad de ellos un TN. No encontramos ningún suicidio en la muestra,

aunque un 5,1% ha realizado tentativas autolíticas (TAu), siendo más frecuente en los diagnosticados previamente de TAn, 61,5%, seguido de los TEI, 26,9%.

**Conclusiones:** El TN más frecuente en la infancia es TAn. Cerca de un tercio de los pacientes sigue recibiendo atención en la actualidad, manteniéndose el diagnóstico de TN en la mayoría. El cambio diagnóstico más frecuente es hacia TDep y la comorbilidad más frecuente, con TDep y TPe. La vigésima parte han realizado TAu.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Rapee RM. Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes: Naturaleza, Desarrollo, Tratamiento y Prevención (Irrázaval M, Stefan MT, trad.). En Rey JM (ed), Libro electrónico de IACAPAP de Salud Mental en Niños y Adolescentes. Geneva: Asociación Internacional de Psiquiatría y Profesiones Aliadas de Niños y Adolescentes, 2016.

Last CG, Hansen C, Franco N. Anxious children in adulthood: A prospective study of adjustment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997; 36:645-652.

Pine DS, Cohen P, Gurley D et al. The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 1998; 55:56-64.

Organización Mundial de la Salud. Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid. Editorial Médica Panamericana. 2008.

## ANOREXIA NERVIOSA Y PSICOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Llorca Díez, Ginés.

Facultativo Especialista en Psicología Clínica. Unidad de Trastornos Conducta Alimentaria. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Universitat Jaume I de Castelló. ginesllorca@hotmail.com

Villavieja Sánchez-Cruzado, Cristina.

Médico Interno Residente en Psiquiatría. Hospital General Universitario. Castellón

Sánchez Cano, Débora.

Médico Interno Residente en Psiquiatría. Hospital General Universitario. Castellón

Collado Navarro, Carlos David.

Psicólogo Interno Residente. Hospital Universitario de la Plana. Villa-real, Castellón.

Ramos-Vidal, Carla.

Facultativa Especialista en Psiquiatría. Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y Adolescencia del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Universitat Jaume I de Castelló.

Real-López, Matias

Facultativo Especialista en Psiquiatría. Coordinador del Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y Adolescencia del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Universitat Jaume I de Castelló.

## RESUMEN

**Introducción:** En el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) es primordial la atención a la comorbilidad y correcto diagnóstico diferencial. Es posible durante la evolución la aparición de síntomas psicóticos, especialmente en la anorexia nerviosa restrictiva (AN)1-3. Se estima una incidencia de psicosis en TCA del 10-15%, de ellas un 1-3% serán psicosis endógenas y el resto episodios psicóticos transitorios1. La sintomatología psicótica empeora el pronóstico del TCA y obliga a replantear el enfoque y tratamiento 4.

**Material y métodos:** Selección de un caso de la Unidad ambulatoria de Trastornos alimentarios. Se trata de una paciente de 18 años que, durante la evolución de un TCA, presentó sintomatología psicótica consistente en suspicacia, autorreferencias y paranoidismo que condicionaron alteraciones conductuales y dificultad para la interacción social. Al inicio de su enfermedad la paciente cumplía criterios diagnósticos para AN: distorsión de la imagen corporal, conductas restrictivas y compensatorias, amenorrea y un IMC inferior a 16.

**Resultados:** Inició tratamiento ambulatorio a los 14 años con posterior seguimiento psicoterapéutico en Hospital de Día con evolución favorable, recuperando un IMC normalizado y reapareciendo la menstruación. En el seguimiento ambulatorio posterior inició consumo de THC. Durante los dos años siguientes requirió tratamiento farmacológico con aripiprazol y diazepam y finalmente cambio a paliperidona por falta de eficacia. En estos momentos se mantiene estable con 9mg de paliperidona y 100mg de topiramato.

Pese a no cumplir criterios para AN actualmente,

persiste distorsión de la imagen corporal, elevada influencia de la autoimagen y conductas de restricción o compensación que suelen obedecer a estresores ambientales y no repercuten en el IMC. En cuanto a la sintomatología de la esfera psicótica existe un contacto interpersonal ligeramente defectual, tendencia al paranoidismo y autorreferencias. Ya no hay consumo de THC que, efectivamente, se considera que empeoró la clínica psicótica y pudo condicionar su debut.

**Conclusiones:** La evolución y síntomas del caso apoyan la necesidad de explorar y abordar la existencia de episodios psicóticos como parte del propio TCA. En el caso que nos ocupa hay persistencia de la clínica psicótica pese a la recuperación del IMC que impide la retirada de la medicación antipsicótica. Ello podría deberse a una psicosis endógena incipiente que aún no ha llegado a establecerse, considerándose la clínica actual como prodrómica. El consumo de THC sería una variable interferente a considerar como limitación del estudio, así como un posible factor a explorar en futuras investigaciones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sonia SA. Abordaje de los episodios psicóticos en los trastornos de la conducta alimentaria. *Jano: MyH* [Internet]. 2009; 1731: 20
2. Mary VS. Eating disorders and psychosis: Seven hypotheses. *WJP*. 2014; 4(4): 112-119
3. Paola MA, Barbara PA, Antonietta RA, Gerardo FB, Davide SC, Marco B.L. RC et al. Symptoms of psychosis in anorexia and bulimia nervosa. *Psychiatry research*, 2010; 175: 237-243
4. Sonia S. Transient psychosis in anorexia nervosa: Review and case report. *Eating Weight disord*, 2009; 14:139-143.

## LAS AUTOLESIONES COMO SÍNTOMA

*Díaz de la Peña, Alicia*
  
*Médico Psiquiatra, responsable de Centro de Salud Mental Infantil de Oviedo*
  
*HUCA, Oviedo, Asturias*
  
*7adolescente@gmail.com*
  
**SEIJO ZAZO, ELISA**
  
*Médico Psiquiatra, responsable de la Unidad de hospitalización de Adolescentes, HUCA, Oviedo,*

*Asturias*

*FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, JENNIFER*

*Médico Psiquiatra, CSM Luarca, Asturias*

*GONZÁLEZ BLANCO, LETICIA*

*Médico Psiquiatra, CSM IV, Oviedo, HUCA, Asturias*

*TORIO OJEA, ESTHER*

*MIR Psiquiatría, HUCA, Oviedo, Asturias*

*MOYA LACASA, CARLOTA*

*MIR Psiquiatría, HUCA, Oviedo, Asturias*

## RESUMEN

**Introducción:** Las conductas autolesivas en los adolescentes se han convertido, por su frecuencia en aumento, en un problema frecuente en muchos servicios sanitarios. Han sido definidas como “una forma de afrontar sentimientos difíciles que crecen dentro de uno mismo”.

**Material y Métodos:** Se presenta un caso clínico: varón de 16 años que presenta episodios frecuentes (varias veces al día) de autolesiones. A la exploración no se observan alteraciones del estado de ánimo ni ha presentado alteraciones conductuales graves ni dificultades de adaptación social que sugieran un diagnóstico de trastorno de la personalidad; sin embargo, presenta un importante aplanamiento y falta de resonancia afectiva que nos sugiere un trastorno vincular que podría relacionar las conductas de autolesión, que en su caso tendrían el objetivo de contactar con sus propias emociones y comprender/establecer relaciones afectivas con otros.

**Comentario:** Si bien es cierto que las conductas autolesivas pueden aparecer de forma aislada, a menudo coexisten con algún trastorno mental. Se deben considerar como un indicador de riesgo de cara a otros comportamientos más graves y suelen asociarse a trastornos afectivos, de conducta o los trastornos por abuso de sustancias.

Sin embargo, en nuestro caso, se trata de un adolescente que ha vivido sus primeros años en el entorno de una familia desestructurada por lo que pensamos que no ha sido capaz de conseguir un apego seguro y que está utilizando este síntoma para expresar emociones. El tratamiento con antipsicóticos (aripiprazol) a dosis muy bajas ha facilitado la expresión verbal de emociones y disminuir la frecuencia del síntoma.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nock MK y Prinstein MJ. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72: 885–890
2. Ferrara et al. Non-suicidal selfinjury (Nssi) in adolescent inpatients: assessing personality features and attitude toward death *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2012, 6:12

## ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LOS MENORES EN ACOGIMIENTO ASISTENCIAL

*Díaz de la Peña, Alicia*

*Médico Psiquiatra, responsable de Centro de Salud Mental Infantil de Oviedo*

*HUCA, Oviedo, Asturias*

*7adolescente@gmail.com*

*SEIJO ZAZO, ELISA*

*Médico Psiquiatra, responsable de la Unidad de hospitalización de Adolescentes, HUCA, Oviedo, Asturias*

*FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, JENNIFER*

*Médico Psiquiatra, CSM Lluarca, Asturias*

*GONZÁLEZ BLANCO, LETICIA*

*Médico Psiquiatra, CSM IV de Oviedo, HUCA, Asturias*

*TORIO OJEA, ESTHER*

*MIR Psiquiatría, HUCA, Oviedo, Asturias*

*MOYA LACASA, CARLOTA*

*MIR Psiquiatría, HUCA, Oviedo, Asturias*

## RESUMEN

**Resumen:** Presentamos las peculiaridades en la atención en salud mental a niños y adolescentes en régimen de acogimiento asistencial tratados en dos años en nuestro centro de salud mental infantil.

**Introducción:** El acogimiento asistencial es una medida de protección orientada a atender las necesidades materiales, afectivas y educativas que no pueden ser cubiertas en su propia familia.

**Material y métodos:** Descripción de los pacientes que han acudido a nuestra consulta y que se encontraban en acogimiento residencial entre julio de 2014 y junio de

2016.

**Resultados:** de un total de 33 pacientes, 10 eran chicas y el resto varones; las edades estaban comprendidas entre los 6 y los 17 años, aunque la mayoría (51,5%) eran mayores de 16 años; solamente el 21% de los pacientes había sido acogidos en el sistema de protección antes de los 10 años; casi el 80% de ellos recibieron tratamiento psicofarmacológico además de apoyo psicoterapéutico.

En cuanto a los diagnósticos y, para simplificar, utilizaremos una clasificación similar a la utilizada en la Guía para la prevención e intervención en hogares y centros de protección de la Comunidad Autónoma de Extremadura y agruparemos los trastornos en cinco grupos:

1 □ retrasos del desarrollo psicológico y discapacidad intelectual; incluye 4 pacientes

2 □ trastornos externalizantes, como los trastornos de conducta y de personalidad y por consumo de tóxicos; se incluirían la mayoría de los pacientes, 19 pacientes en este grupo;

3 □ trastornos internalizantes, como la ansiedad y la depresión y los trastornos adaptativos; se incluirían 4 pacientes en este grupo;

4 □ trastornos psicóticos; solamente se incluirían 2 pacientes en este grupo;

5 □ trastornos relacionados con aspectos somáticos y psicosomáticos, ej tr de la alimentación y la eliminación; trastornos del sueño; se incluirían 3 pacientes en este grupo;

**Conclusiones:** está ya ampliamente descrita la alta prevalencia de trastornos mentales en menores que se encuentran en los sistemas de protección. Como datos llamativos, señalaremos el alto porcentaje de pacientes que precisaron un tratamiento con psicofármacos; se puede pensar que pueda estar relacionado con dos hechos: el primero, que en el trabajo de los educadores de los centros está incluida una importante labor de atención psicológica más allá del cuidado físico y educativo y, segunda, que solamente llegan a la atención especializada los casos más graves.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SALUD MENTAL de MENORES en ACOGIMIENTO RESIDENCIAL (J del Valle y cols, 2011),

## ABORDAJE DEL TDAH MEDIANTE MINDFULNESS: RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO RANDOMIZADO.

*Huguet Miguel, Anna*

*Graduado en Psicología, mención en psicología clínica. Máster Universitario en Psicología General Sanitaria. Doctorando en Psicología.*

*Psicólogo investigador Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat (Barcelona).*

*Email: ahuguetm@fsjd.org*

*Izaguirre, Jon*

*Licenciado en Medicina y Cirugía, MRCPsych, Especialista en Psiquiatría del Niño y Adolescente (CCT-UK).*

*Coordinador Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) y Hospital de Día (HD) de Mollet del Vallès (Barcelona).*

*Email: jizaguirre@sjdhospitalbarcelona.org*

*Vall-Vallés, Xavier*

*Licenciado en Psicología, especialista en Psicología Clínica.*

*Psicólogo clínico Especialista Sénior del Sènior del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) de Mollet del Vallès (Barcelona). Servicio de Psiquiatría y Psicología del hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat (Barcelona).*

*Email: xvall@sjdhospitalbarcelona.org*

*Aguiló, Jordi*

*Doctor en Física por la UAB. Catedrático de Arquitectura y Tecnología de Computadoras del Depto. de Microelectrónica y Sistemas Electrónicos de la Escuela de Ingeniería de la UAB. Coordinador del Programa de Bioingeniería del CIBER-BBN.*

*Email: Jordi.aguiló@uab.es*

*Garzón-Rey, Jorge Mario*

*Ingeniero Electrónico e Ingeniero Eléctrico, Master en Ingeniería de Electrónica y de Computadores. Doctorando en Ingeniería Electrónica y Telecomunicaciones.*

*Profesional de Investigación en Formación. Grupo de Aplicaciones Biomédicas. Departamento de Microelectrónica y Sistemas Electrónicos. Universidad Autónoma de Barcelona. Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER-BBN). Cerdanyola del Valles (Barcelona)*

*Email: jorgemario.garzon@uab.cat*

*Alda Díez, Jose A.*

*Licenciado en Medicina y Cirugía, especialista en Psiquiatría. Doctor en Medicina y Cirugía.*

*Jefe de sección Servicio de Psiquiatría y Psicología Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat (Barcelona).*

*Email: jalda@sjdhospitalbarcelona.org*

### RESUMEN

**Introducción:** Algunos estudios meta-analíticos (1, 3) sugieren que las terapias basadas en mindfulness son útiles en el tratamiento del TDAH. Sin embargo, pocos estudios con alta validez metodológica han evaluado el impacto de esta intervención en niños (1, 2, 3).

**Objetivo:** El objetivo principal del estudio es conocer el efecto sobre los síntomas nucleares, las funciones ejecutivas y el eje hipotalámico-hipófisis-adrenal de un programa de intervención basado en mindfulness en niños naïve con TDAH. El presente estudio investiga los resultados preliminares de la intervención grupal del entrenamiento en mindfulness sobre los síntomas nucleares.

**Material y Métodos:** Ensayo clínico aleatorizado. Se incluyó un total de 24 niños, aleatorizados en dos grupos (grupo experimental y grupo control). El grupo experimental recibió un programa de intervención basado en mindfulness (sesión semanal de 75 minutos de duración) y el grupo control recibió el tratamiento habitual para este trastorno (y/o refuerzo escolar y/o extraescolar y/o tratamiento farmacológico) durante 8 semanas. La entrevista K-SADS-PL fue administrada para evaluar la presencia y la presentación del TDAH. Las evaluaciones del estudio incluyeron medidas pre y post tratamiento de los síntomas de TDAH (ADHD RS IV versión padres) y del funcionamiento cognitivo (CPT-3). Los datos se analizaron utilizando la prueba U de Mann-Whitney.

**Resultados:** Se trata de los resultados preliminares de un ensayo clínico aleatorizado (proyecto financiado:BR201501) con una muestra clínica de 114 pacientes con TDAH de nuevo diagnóstico de entre 7 y 12 años, aleatorizados en dos grupos (grupo experimental y grupo control). Los participantes fueron principalmente varones (60,9%), con una edad media de 9,13 (DE=1,57).

El 63,6% presentaron una presentación combinada, un 27,3% una presentación inatenta, mostrando el resto una presentación hiperactivo-impulsiva (9,1%). Respecto a los síntomas clínicos entre el pre y post tratamiento se encontraron resultados significativos entre ambos grupos en los síntomas de hiperactividad-impulsividad ( $p=0,011$ ) y los síntomas totales de TDAH evaluados en la escala ADHD RS IV ( $p = 0,027$ ), observándose mayor reducción de síntomas en el grupo experimental. No se encontró ninguna diferencia significativa entre ambos grupos en los resultados de las 4 medidas que proporcionan el CPT-3 (falta de atención, atención sostenida, vigilancia e impulsividad).

**Conclusiones:** Aunque el tamaño de la muestra es pequeño, los resultados preliminares sugieren que nuestro programa puede conducir a reducir los síntomas de TDAH en los niños. El estudio apoya la viabilidad y la utilidad potencial del mindfulness en al menos un subconjunto de niños con TDAH.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cairncross M, Miller CJ. The effectiveness of mindfulness-based therapies for ADHD: a meta-analytic review. *Journal of Attention Disorders*. 2016;20(2):1-17. DOI: 10.1177/1087054715625301.

Van der Oord S, Bögels, S, Peijnenburg D. The effectiveness of mindfulness training for children with ADHD and mindful parenting for their parents. *J Child Fam Stud*. 2011;21:39-147. DOI 10.1007/s10826-011-9457-0.

Zoogman S, Goldberg S, Hoyt W, Miller L. Mindfulness Interventions with Youth: a meta-analysis. *Mindfulness*. 2015;6:290-302. doi: 10.1007/s12671-013-0260-4.

## APLICACIÓN DEL CÓDIGO RIESGO SUICIDIO (CRS) EN POBLACIÓN ADOLESCENTE ATENDIDA EN UN SERVICIO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

*Chamorro López, Jacobo*  
*Psicólogo Interno Residente 4º año (PIR-4). INAD, Parc de Salut Mar (Barcelona) y Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil Parc Taulí (Sabadell, Barcelona). e-mail: 61304@parcdesalutmar.cat*

*Pujol Serra, Susana*

*Psicóloga Interno Residente 4º año (PIR-4). Área de Salud Mental Infanto-Juvenil Parc Taulí (Sabadell, Barcelona). e-mail: spujol@tauli.cat*

*Membrives Martin, Sonia*

*Psicóloga Interno Residente 4º año (PIR-4). Área de Salud Mental Infanto-Juvenil Parc Taulí (Sabadell, Barcelona). e-mail: smembrives@tauli.cat*

*Puntí Vidal, Joaquim*

*Psicólogo clínico. Coordinador Hospitalización Parcial. Área de Salud Mental Infanto-Juvenil Parc Taulí (Sabadell, Barcelona). e-mail: jpuntiv@tauli.cat*

*Torralbas Ortega, Jordi*

*Enfermero de salud mental. Área de Salud Mental Infanto-Juvenil Parc Taulí (Sabadell, Barcelona). e-mail: jtorralbas@tauli.cat*

*Pàmias Massana, Montse*

*Psiquiatra. Jefa del Área de Salud Mental Infanto-Juvenil Parc Taulí (Sabadell, Barcelona). e-mail: mpamias@tauli.cat*

## RESUMEN

**Introducción:** Las tentativas de suicidio son el factor principal, junto con la enfermedad mental, que aumentan la probabilidad de muerte por suicidio. Es de vital importancia la detección de los pacientes de riesgo, así como implementar un programa de actuación urgente e intervención que tenga como objetivo además de la detección, también seguimiento estrecho (presencial y telefónico)(1), prevención de nuevas tentativas y vinculación a la red de salud mental. Se presenta y describe la aplicación e implementación del programa Codi Risc Suïcidi(2) -CRS- (Código Riesgo Suicidio) aprobado por el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, desarrollado en el Área Infanto-Juvenil del Servicio de Salud Mental del hospital Parc Taulí -CSPT- (Sabadell) des de 2015 (año en que se implementó este programa en una muestra piloto).

**Material y Métodos:** El programa se estructura en 5 etapas y se enmarca dentro del programa CRS. Es aplicable a cualquier adolescente que realice un intento de suicidio por el cual es atendido en el servicio de urgencias médicas del hospital Parc Taulí (CSPT).

1ª Etapa. Detección y primera intervención por el servicio de urgencias de la CSPT. Estabilización médica

del paciente. Entrevista clínica. Primera evaluación psicopatológica.

2a Etapa. Derivación del paciente a unidad de agudos de psiquiatría o a hospitalización parcial de salud mental (HDA) (en un máximo de 72 horas).

3a Etapa. Evaluación psicológica/psicométrica de la conducta autolítica en HDA o agudos, según el caso. Entrevista clínica del paciente. Entrevista con los padres. Diagnóstico de trabajo. Toma de decisiones.

4a Etapa. Diseño del plan de intervención (plan terapéutico) en HDA o agudos. Intervención psicológica (y psicofarmacológica, si procede). Intervención según guía clínica. Análisis funcional de la tentativa. Intervención cognitivo-conductual (activación conductual, solución de problemas, HHSS) y psicofarmacológica, si procede. Intervención con la familia. Coordinación escolar.

5a Etapa. Alta de la unidad de agudos o HDA y continuidad asistencial (seguimiento) ambulatoria. Generalización de la intervención. Seguimiento telefónico. Indicaciones de reconsulta. Prevención de recaídas. Alta del CRS (si procede).

**Resultados:** Pacientes atendidos en total en el programa (Fase 2008-2016): 168

Un 97% de los pacientes vinculados a los 3 meses.

Un 92% de los pacientes vinculados al año.

Un 93 de los pacientes vinculados no han recaído en el seguimiento de 1 año (no han realizado nueva tentativa).

No hay ningún suicidio consumado entre los adolescentes atendidos en el programa CRS.

**Conclusiones:** El programa CRS puede constituir una intervención eficaz en la lucha contra el suicidio consumado en población adolescente. Es un programa adaptable a la práctica asistencial de la red de Salud Mental pública.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cebrià AI, Parra I, Pàmias M, Escayola A, García-Parés G, Puntí J, Laredo A, Vallès V, Cavero M, Oliva JC, Hegerl U, Pérez-Solà V, Palao DJ. Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: controlled study in a Spanish population. *J Affect Disord.* 2013 May;147(1-3):269-76.
2. Generalitat de Catalunya. El Departament de

Salut posa en marxa el Codi risc de suïcidi, un nou programa per a la prevenció del suïcidi a Catalunya. [Internet]. 2013, Dic. Disponible en: [http://premsa.gencat.cat/pres\\_fsvp/AppJava/notapremsavw/238649/ca/departament-salut-posara-marxa-codi-risc-suïcidi-programa-prevencio-catalunya.do](http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/AppJava/notapremsavw/238649/ca/departament-salut-posara-marxa-codi-risc-suïcidi-programa-prevencio-catalunya.do)

## DISREGULACIÓN EMOCIONAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TDAH. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

*Alda Díez, Jose A.*

*Licenciado en Medicina y Cirugía, especialista en Psiquiatría. Doctor en Medicina y Cirugía.*

*Jefe de sección Servicio de Psiquiatría y Psicología Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat (Barcelona).*

*Email: jalda@sjdhospitalbarcelona.org*

*Huguet Miguel, Anna*

*Graduado en Psicología, mención en psicología clínica.*

*Máster Universitario en Psicología General Sanitaria. Doctorando en Psicología.*

*Psicólogo investigador Hospital Sant Joan de Déu.*

*Esplugues de Llobregat (Barcelona).*

*Email: ahuguetm@fsjd.org*

*Montemayor, Marina*

*Graduado en Psicología. Hospital Sant Joan de Déu.*

*Esplugues de Llobregat (Barcelona).*

*Arjona, Jessica*

*Licenciado en Psicología. Hospital Sant Joan de Déu,*

*Esplugues de Llobregat (Barcelona).*

*Email: jessica.arjonmo5@gmail.com*

## RESUMEN

**Introducción:** La regulación emocional se define como la capacidad de un individuo para modificar un estado emocional con el propósito de promover comportamientos adaptativos orientados a objetivos. El concepto teórico de disregulación emocional (DESR) se caracteriza por una pobre auto-regulación y control, labilidad emocional, impaciencia, impulsividad, baja tolerancia a la frustración y agresión (1). La DESR se asocia con el TDAH (1, 2, 3). Las escalas de atención/ansiedad-depresión-agresión (A-A-A) del instrumento CBCL son congruentes con el concepto teórico y clínico de DESR (2, 3).

**Material y Métodos:** Estudio observacional, transversal de casos y controles. Se incluyeron 335 sujetos, 275 pacientes naïve diagnosticados de TDAH y 60 controles sanos de edades comprendidas entre 6 y 18 años. Como instrumento de screening se utilizó el ADHD IV RS para padres. La entrevista diagnóstica K-SADS-PL se administró para evaluar la presencia y presentación de TDAH. Para evaluar el perfil de regulación emocional se utilizó el instrumento CBCL, obteniéndose a partir de las escala de atención, ansiedad y agresividad (A-A-A). Puntuaciones en la escala AAA >180 pero <210 (1DE) reflejan DESR y puntuaciones  $\geq 210$  (2DE) definen disregulación grave. Se aplicaron las pruebas ANOVA y la regresión lineal para analizar los datos.

**Resultados:** En el grupo caso un 70.9% son hombres, frente a un 56.7% en el grupo control. La edad media en el grupo caso es de 9,51 (DE=2.86) y en el grupo control es de 9,32 (DE=2.82). El 49.8% (n=137) muestran una presentación combinada, un 42.9 (n=118) una presentación inatenta, siendo el resto de presentación hiperactiva-impulsiva (n=16). En el grupo TDAH un 51.3% manifestó DESR y un 24% perfiles de disregulación emocional grave. En los niños sanos sólo se observó DESR en un 5% de los casos. Por tanto, se observan diferencias significativas entre ambos grupos ( $p < 0.01$ ). No se observaron diferencias respecto a la DESR en función del sexo o la edad. Respecto al grupo con TDAH los niños con presentación combinada mostraron peor regulación emocional respecto a las demás presentaciones (inatento:  $p < 0.01$ ; hiperactiva-impulsiva:  $p < 0.01$ ). No se observaron diferencias significativas entre la presentación inatenta e hiperactiva-impulsiva.

**Conclusiones:** El perfil obtenido en las puntuaciones A-A-A del CBCL sugiere que los niños y adolescentes con TDAH presentan disregulación emocional, mostrando más dificultades que los sujetos sanos, siendo la disregulación emocional independiente del sexo y la edad. En este sentido, la disregulación emocional es una característica diagnóstica de la mayoría de pacientes con TDAH. Por este motivo, consideramos necesario incluir estrategias de regulación emocional en el tratamiento del TDAH.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shaw P, Stringaris A, Nigg J, Leibenluft E. Emotion Dysregulation in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Am J Psychiatry*. 2014; 171(13): 276-93.
2. Biederman J, Petty CY, Day H, Goldin RL, Spencer T, Faraone SV, Surman CB, Wozniak J. Severity of the Aggression/Anxiety-Depression/Attention (A-A-A) CBCL Profile Discriminates between Different Levels of Deficits in Emotional Regulation in Youth with ADHD. *J Dev Behav Pediatr*. 2012; 33(3): 236-43.
3. Spencer TJ, Faraone SV, Surman CB, Petty C, Clarke A, Batchelder H, Wozniak J, Biederman J. Toward defining deficient emotional self-regulation in children with attention-deficit/hyperactivity disorder using the Child Behavior Checklist: a controlled study. *Postgrad Med*. 2011; 123(5):50-9.

## SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL EN LA CLÍNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Torres Miravet, Rosalía*

*Psiquiatra. E-mail: rosaliatorres10@gmail.com*

*Noroze Gallego, Serguei Dario*

*Médico Interno Residente en Psiquiatría. Hospital General Universitario. Castellón.*

*Sánchez Cano, Débora*

*Médico Interno Residente en Psiquiatría. Hospital General Universitario. Castellón.*

*Espinosa-Mata, Matilde*

*Psicóloga Clínica. Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia. Hospital General Universitario de Castellón. Universitat Jaume I.*

*Ramos-Vidal, Carla*

*Psiquiatra. Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Universitat Jaume I.*

*Real-López, Matias*

*Psiquiatra. Coordinador del Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Universitat Jaume I.*

**RESUMEN**

**Introducción:** El Síndrome de Alienación Parental (SAP) es un proceso por el cual un progenitor transforma la conciencia de los hijos con el objeto de dañar sus vínculos con el otro progenitor<sup>1</sup>. Aunque es observable en la clínica no aparece en la CIE ni en el DSM<sup>2</sup>.

Está ligado comúnmente a los litigios entre progenitores (aunque no es exclusivo y puede verse también en familias en las que conviven todos sus miembros) <sup>3</sup>. Cuando se desarrolla completamente el niño llega a generar él mismo las provocaciones a través de conductas prestadas por el otro progenitor.

Las consecuencias para el menor son graves con importante desgaste emocional junto a cambios de humor, reacciones de frustración, odio, temor y miedo. La pérdida de una figura de referencia afecta al desarrollo del autoconcepto y la autoestima aumentando el riesgo de problemática en la vida adulta<sup>4,5,6,7</sup>.

**Material y Métodos:** Revisión de un caso clínico complejo con progenitores en divorcio litigante y dificultad para separar la problemática clínica y legal. Son 2 hermanos mellizos, varones. Uno de ellos con evolución muy tórpida que requiere seguimiento en Unidad de Salud Mental Infantil, un ingreso hospitalario prolongado y posterior seguimiento en Hospital de día Infanto-Juvenil. La clínica consiste en alteraciones de conducta graves, oposicionismo y gran aversión hacia la figura paterna. Cuando se identifica el SAP la madre se opone al tratamiento y el proceso se acaba judicializando.

**Resultados:** A los 12 años el niño ingresa por graves alteraciones de conducta. Tras valorar la existencia de SAP se decide una intervención basada en la separación inicialmente completa de ambos progenitores. En este período se aborda la relación entre padre e hijo consiguiendo que retomen el contacto con salidas y juegos compartidos que apuntan a una evolución favorable. Se realiza coordinación con la Sección del menor y Fiscalía de menores. A pesar de evolución positiva del menor la madre presenta numerosas denuncias hacia los profesionales. Tras vista oral el juez decide cambio de responsables clínicos del caso. Pasados 4 años, el chico está internado en centro privado por graves alteraciones comportamentales junto a negativa al contacto con el padre. El otro hermano ha comenzado a resistirse a mantener contacto con el padre.

**Conclusiones:** El SAP está bien caracterizado, es previsible que su frecuencia aumente dada la actual judicialización de la sociedad. Es necesario reconocer este diagnóstico para facilitar la práctica clínica y la imprescindible coordinación con los servicios sociales y judiciales.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. José Manuel Aguilar. SAP; Síndrome de alienación parental. Hijos manipulados por un cónyuge para odiar al otro. Barcelona: Almuzara. 2006
2. Jarne Esparcia A, Arch Marín M. DSM; Salud Mental y Síndrome de Alineación Parental. Papeles del Psicólogo 2009;30(1)86-91.
3. M<sup>a</sup> José Ruiz, Concepción Gómez-Ferrer, Helena Romero., Divorcio, separación y nuevas formas de convivencia. En: AEPNYA Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Manual de Psiquiatría del Niño y del adolescente. Madrid. Editorial Médica Panamericana. 2010.
4. José Manuel Aguilar. Con mamá y con papá. Barcelona: Almuzara. 2006
5. Bessel A. van der Kolk). Entwicklungstrauma-Störung: Auf dem Weg zu einer sinnvollen Diagnostik für chronisch traumatisierte Kinder. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 2009;58(8):572-586.
6. Baita, S. Il PTSD complesso e il disturbo post-traumatico dello sviluppo: quale futuro? En: Ardino Vittoria. Il disturbo post traumatico nello sviluppo. Milan. Unicopli. 2009
7. M<sup>a</sup> José Blanco Barea. El síndrome inquisitorial estadounidense de alienación parental. Revista Iuris N<sup>o</sup> 90, Enero 2005.

**INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN ACOGIMIENTO RESIDENCIAL Y SALUD MENTAL**

*Barba, Maria*  
 Psicóloga Clínica, CSMIJ, Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona

*Serret, Jessica*  
 Psiquiatra. CSMIJ, Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona

*Llorens, Marta*  
 Psiquiatra. CSMIJ, Corporació Sanitària i Universitària

*Parc Taulí, Sabadell, Barcelona*

*Pujol, Susana*

*Residente Psicología Clínica, Servei de Salut Mental.  
Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí,  
Sabadell, Barcelona*

*Pamias, Montserrat*

*Jefa de Psiquiatria Infantojuvenil, Servei de Salut  
Mental. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí,  
Sabadell, Barcelona*

## RESUMEN

**Introducción:** En los últimos años se ha detectado un aumento de las consultas a Salud Mental Infanto-juvenil (CSMIJ) de niños y adolescentes en centros residenciales de acción educativa (CRAE). (1)

En Cataluña aproximadamente 2810 niños y adolescentes tutelados por la Dirección General de la Infancia y la Adolescencia (DGAIA) se encuentran en este tipo de medida de protección (2). Hay pocos datos sobre la salud mental de estos jóvenes en nuestro país. Según la literatura, los educadores suelen detectar en mayor medida trastornos de perfil externalizante. Sin embargo, los problemas de perfil internalizante, incluyendo un riesgo de suicidio más elevado, son mejor informados por los jóvenes. Esto suele afectar a su detección y pronóstico (3).

Este estudio pretende recoger el estado de salud mental de los niños y adolescentes de CRAE atendidos en el programa de CSMIJ de nuestro servicio.

**Material y Métodos:** Muestra de 50 niños y adolescentes de CRAE atendidos por nuestro CSMIJ en el último año y medio, con un rango de edad de 5 a 18 años.

Recogida mediante entrevista clínica con los pacientes y sus educadores referentes. Se recogen variables sociodemográficas y referentes a la acogida. A nivel clínico recoge el diagnóstico, tratamiento y neuropsicología, así como ingresos y atención en urgencias. También se recoge la situación educativo-laboral.

**Resultados:** Distribución por género con predominio de mujeres, que superan los dos tercios. La media de edad es de 14,16. Antecedentes personales en el 63,3% y familiares en el 53%.

Los diagnósticos primarios más frecuentes son el TDAH, con un prevalencia cercana al 60%. En segundo lugar está el trastorno de adaptación y, en tercer lugar,

el trastorno de conducta. Otros diagnósticos menos prevalentes son los trastornos psicóticos (inferior al 10%), trastornos de la conducta alimentaria y trastornos del espectro del autismo (4%). Elevada comorbilidad con trastornos del sueño, y enuresis.

Más de la mitad de la muestra presenta problemas de rendimiento, cerca de un 40% han repetido algún curso, y un 20% reciben educación especial.

**Conclusiones:** Predominio de los trastornos de conducta (TDAH, TC y TND), seguidos por los trastornos de adaptación.

Presentan dificultades de adaptación académico-laboral y alteraciones cognitivas relacionadas.

Exposición a estresores y factores de riesgo relevantes.

Necesidad de prevención considerando los antecedentes personales familiares significativos.

Población con riesgo de psicopatología con características y necesidades específicas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Porter, M.; Gracia, R.; Oliva, JC., Pàmias, M.; Garcia-Parés, G.; Cobo, J. (2016) Urgencias psiquiátricas en pediatría: características, estabilidad diagnóstica y diferencias de género. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 44 (6), 203-11
2. Direcció General de la Infància i l'adolescència (2016) Informe estadístic mensual, juny 2016. Recuperado de <http://treballiaferssocials.gencat.cat/>
3. Elvira, L.; Del Valle, JF; Sainero, A.; Bravo. (2011) Salud mental de menores en acogimiento residencial. Guía para la prevención e intervención en hogares y centros de protección de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Junta de Extremadura.

## TDAH EN LA INFANCIA Y EPISODIOS DE FALTA DE HOGAR EN LA EDAD ADULTA, ESTUDIO A 33 AÑOS

*García Murillo, Lourdes*

*Psiquiatra infanto-juvenil Centro de Salud Mental El Escorial. Becaria Fundación Alicia Koplowitz*

*lgarciamurillo@gmail.com*

*Ramos Olazagasti, María*

*Doctora en psicología, Child Trends, Bethesda*

*Klein, Rachel G.*  
*Doctora en psicología, The Child Study Center at New York University Langone Medical Center, New York*  
*Castellanos, Francisco Xavier*  
*Psiquiatra, The Child Study Center at New York University Langone Medical Center, New York*  
*Nathan Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY*

#### RESUMEN

**Introducción:** La falta de hogar ha sido relacionada con aumento en ratios de tuberculosis, hepatitis C, VIH y mortalidad, así como enfermedades mentales graves. Actualmente el ratio nacional de personas sin hogar en USA es de 17.7 por 10.000 personas. En 2015 en el estado de Nueva York 88.250 personas estuvieron sin hogar, con un aumento del 10% con respecto al año previo.

El diagnóstico de TDAH en la infancia ha sido asociado con múltiples disfuncionalidades en la edad adulta, pero hasta ahora no ha sido relacionado con la posibilidad de quedarse sin hogar.

**Material y Métodos:** Para estudiar la asociación de TDAH durante la infancia y haber presentado episodios de falta de vivienda posteriores utilizamos los datos del Estudio Longitudinal de la Universidad de Nueva York. En dicho estudio se realizó seguimiento durante 33 años a dos grupos: uno de 135 niños diagnosticados de TDAH a la edad media de 8 años y otro de 136 niños sin dicho diagnóstico. Un episodio de falta de hogar se definió como la situación de falta de residencia durante al menos una semana.

El método utilizado fue el uso de regresiones jerárquicas controlando por posibles factores de confusión (variables que eran diferentes de manera estadísticamente significativa en ambos grupos), siendo las variables elegidas la presencia de trastorno por uso de sustancias, trastornos de conductas, haber sido arrestado y el abandono escolar.

**Resultados:** Los niños diagnosticados de TDAH durante la infancia presentaban mayor probabilidad de haber tenido episodios de falta de hogar que los que no tenían dicho diagnóstico durante la infancia (23.7% vs. 4.4%;  $X^2= 21.15$ ,  $Df=1$ ,  $p<0.001$ ). En el análisis multivariable controlando por los posibles factores de confusión anteriormente descritos, esta relación

permaneció siendo estadísticamente significativa (odds ratio [OR]=3.60, 95%CI=1.32-9.76,  $p=0.01$ ).

**Conclusiones:** En este grupo de niños, la presencia de diagnóstico de TDAH durante la infancia fue factor de riesgo para haber presentado episodios de falta de hogar a la edad media de 41 años de edad.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. "Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Homelessness: A 33-Year Follow-Up Study" Lourdes García Murillo, MD; Maria A. Ramos-Olazagasti, PhD, Salvatore Mannuzza, PhD, Francisco Xavier Castellanos, MD, Rachel G. Klein PhD, J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry September 2016

#### PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA EL TDAH EN CONSULTA DE ENFERMERÍA.

*Psiquiatría y Psicología de Niños y Adolescentes, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, CANTABRIA.*

*Inmaculada De Mier González*  
*Enfermera de Unidad de Psiquiatría y Psicología de Niños y Adolescentes, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*  
*Email contacto: mimier@humv.es*

*Dra. Soraya Otero, Psiquiatra, Unidad de Psiquiatría y Psicología de Niños y Adolescentes, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

*Filiación (titulación y/o breve CV, categoría profesional y/o cargo laboral, Centro de trabajo)*

#### RESUMEN

**Introducción:** El trastorno por Déficit de Atención/ Hiperactividad es una patología frecuente en la población general que motiva entre el 50 y el 70% (1) de las demandas de tratamiento en las Unidades asistenciales de Salud Mental Infanto juvenil. Supone además una importante sobrecarga de trabajo en los recursos sanitarios de salud, que hace recomendable la coordinación entre los profesionales y los recursos implicados en su atención

(2). Se presenta el protocolo de seguimiento de pacientes con TDAH en la consulta de enfermería psiquiátrica en coordinación con Psiquiatría y los datos asistenciales en el período 2014-2016.

**Material y Métodos:** Este protocolo ha sido elaborado en base a la metodología propuesta para el seguimiento de patologías crónicas en las consultas de Atención Primaria. La indicación del mismo se hace desde la consulta de Psiquiatría.

**Resultados:** El protocolo consta de 3 bloques de actividad:

1. Primeras visitas: Se han visto un total de 261 primeras visitas de pacientes nuevos. Esta visita inicial incluye una valoración de la efectividad del tratamiento farmacológico, detección de efectos secundarios, medidas de Peso, Talla, Tensión Arterial y Frecuencia Cardíaca y psico-educación del niño y de su familia. Se utilizan escalas clínicas estandarizadas.
2. Consultas de Seguimiento. Se han realizado 1827 consultas de seguimiento, con una media de 7 consultas por paciente. Se citan con una frecuencia de entre 1 a 3 meses. El seguimiento incluye la valoración de las intervenciones realizadas, se repiten las medidas somáticas y las escalas clínicas estandarizadas, y se refuerzan las intervenciones psico-educativas y ambientales.
3. Reuniones semanales de coordinación con Psiquiatría: Se han realizado 97 sesiones de coordinación. Se comentan los casos revisados durante la semana con especial atención a aquellos en los que la evolución se complique por diferentes motivos y precisen una modificación en la intervención pautada por su psiquiatra o un refuerzo en las visitas de seguimiento por enfermería.

**Conclusiones:** Este protocolo mejora la atención de los niños con TDAH y sus familias, permite un seguimiento más frecuente con menor sobrecarga en las consultas de psiquiatría, y favorece el trabajo en equipo de Psiquiatría y Enfermería.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agirrezabala JR, Aizpurua I, Albizuri M, Alfonso I,

Armendáriz M, Barrondo S y cols. Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH): ¿Infra o sobrediagnosticado? ¿Infra o sobremedicalizado? Una reflexión. *INFAC*. 2013; 21 (5): 34-38.

Ibiriú MJ, Navarro, MA, Otero S y cols; Protocolo de coordinación de la atención a niños y adolescentes con TDAH educación-sanidad en Cantabria <https://www.educantabria.es/necesidades-educativas-especiales/atencion-al-alumnado-con-tdha.html>.

## CALIDAD DE VIDA Y SOBRECARGA FAMILIAR EN ADOLESCENTES CON PATOLOGÍA MENTAL A TRAVÉS DE EVALUACIÓN MOMENTÁNEA ECOLÓGICA

*Baltasar-Tello, Itziar*

*(Psiquiatra infante juvenil adjunta en Hospital Infanta Elena, itziar.baltasar@quironsalud.es)*

*Peñuelas-Calvo, Inmaculada*

*(Psiquiatra infante juvenil adjunta en Fundación Jiménez Díaz, inmaculada.penuelas @quironsalud.es)*

*Miguélez-Fernández, Carolina*

*(Psiquiatra infante juvenil adjunta en Fundación Jiménez Díaz, carolina.mfernandez @quironsalud.es)*

*Pérez-Colmenero, Sonia*

*(Psicóloga infante juvenil adjunta en Fundación Jiménez Díaz, sonia.pcolmenero@quironsalud.es)*

*Carballo, Juan José*

*(Psiquiatra infante juvenil adjunto en Hospital Universitario Gregorio Marañón)*

*Baca-García Enrique*

*(Psiquiatra, jefe de servicio de psiquiatría de Fundación Jiménez Díaz, Hospital Infanta Elena, Hospital Rey Juan Carlos y Hospital de Villalba)*

## RESUMEN

**Introducción:** Los conceptos de calidad de vida y sobrecarga familiar han adquirido mayor relevancia debido entre otros factores al creciente desarrollo social y al abordaje multidisciplinar de las patologías médicas, adquiriendo mayor interés cuando nos referimos a adolescentes con patología mental (1).

Existe una fuerte asociación entre la psicopatología presentada por los adolescentes y su calidad de vida. Sin embargo, escasos estudios previos han evaluado de forma

simultánea la sintomatología de los adolescentes y sus cuidadores, y la calidad de vida y el grado de sobrecarga que experimentan.

La Evaluación Momentánea Ecológica (EMA) es una nueva herramienta que evalúa el curso preciso y el orden de aparición –y/o remisión– de los síntomas evitando los sesgos del recuerdo retrospectivo en la consulta (2). El objetivo de nuestro estudio es valorar qué factores están relacionados con la calidad de vida de los adolescentes y sus cuidadores y el grado de sobrecarga familiar a través de EMA.

**Material y Métodos:** Se analiza una muestra de 104 pacientes con edades comprendidas entre los 12 y los 17 años, 66,3% varones, atendidos en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil de la Fundación Jiménez Díaz. Tanto los pacientes como los progenitores rellenaron los cuestionarios presentados mediante metodología EMA. Los cuestionarios aplicados fueron: WHO-5, escala de bienestar emocional del paciente; AQOL-MSH: cuestionario sobre regulación emocional, autoconcepto y contexto social del paciente; VAS: cuestionario sobre el nivel de satisfacción del paciente y cuidador; General Health Questionnaire-12 (GHQ-12), que evalúa la psicopatología de los progenitores; escala Zarit: sobrecarga subjetiva de los cuidadores en relación con el paciente, progenitor y funcionamiento familiar; Family Apgar, cuestionario de funcionamiento familiar.

**Resultados:** La calidad de vida de los adolescentes está relacionada con la sintomatología que ellos mismos manifiestan (WHO-5 y AQOL-MSH) y perciben en su ambiente (Family Apgar). El grado de sobrecarga de los padres (escala Zarit) está relacionado con su propia sintomatología (GHQ-12) y el ambiente que perciben (Family Apgar).

**Conclusiones:** La utilización de la Evaluación Momentánea Ecológica permite no solo la monitorización de la psicopatología de los adolescentes y su repercusión funcional, sino también la de los cuidadores y cómo ambas influyen entre sí. Nuestros resultados apoyan estudios previos que relacionan la influencia de la psicopatología de los pacientes en su calidad de vida y sobrecarga familiar. Serán necesarias intervenciones de tipo individual y familiar que permitan abordar el impacto de la psicopatología de los adolescentes en el ámbito familiar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sharpe H., Patalay P., Fink E., Vostanis P., Deighton J., Wolpert M. Exploring the relationship between quality of life and mental health problems in children: implications for measurement and practice. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;25(6):659-67.
2. Bos, F. M., et al. (2015). "Experience sampling and ecological momentary assessment studies in psychopharmacology: A systematic review." *Eur Neuropsychopharmacol*. 2015; 25 (11): 1853-1864.

## TRASTORNO ADAPTATIVO EN INSENSIBILIDAD CONGÉNITA AL DOLOR Y ANHIDROIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Aguirregomoscorta Menéndez, Fernando*  
Médico Interno Residente, Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Basurto, FERNANDO.AGUIRREGOMOSCORTAMENENDEZ@osakidetza.eus

*Kerexeta Lizeaga, Iñaki*  
Médico Adjunto, Consultas Externas de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Basurto  
Fernández Rivas, Arantza

*Jefa de Sección Clínica, Unidad de Hospitalización de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Basurto*  
Díaz Cosgaya, Aida

*Médico Adjunto, Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Basurto*  
Sesma Pardo, Eva

*Médico Adjunto, Unidad de Hospitalización de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Basurto*  
González Torres, Miguel Ángel

*Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Basurto*

## RESUMEN

**Introducción:** La insensibilidad congénita al dolor con anhidrosis es una neuropatía sensitivoautonómica de tipo hereditario y muy baja prevalencia que se caracteriza por una ausencia completa de percepción dolorosa, así como defectos en la termorregulación y, en algunos

casos, retraso mental. Una paciente femenina de 13 años es remitida a Consultas Externas de Psiquiatría Infantil por presentar una conducta infantil para su edad y dificultades de adaptación social derivadas en parte de su enfermedad. Mostraba además un rechazo claro hacia su enfermedad y desconfianza hacia el personal sanitario.

**Material y Métodos:** se realiza un resumen de la evolución del caso, así como una revisión breve de la literatura sobre esta patología infrecuente y las necesidades psicosociales de pacientes pediátricos con enfermedades raras y sus familias.

**Resultados:** por medio de la creación de un espacio terapéutico seguro para la paciente y el establecimiento de unas sencillas pautas de conducta, la paciente pudo alcanzar una mayor autonomía en su vida habitual y sus cuidados, desarrollando además la capacidad de expresar sus deseos y preferencias en cuanto al tratamiento de su enfermedad y tomar parte activa en su proceso terapéutico. Los pacientes con enfermedades raras expresan con frecuencia problemas de comunicación con los profesionales que les atienden debido al escaso conocimiento existente sobre sus patologías, así como a expectativas preformadas que después no se ven cumplidas. Lo infrecuente de su situación genera además una especial sensación de aislamiento, acrecentada por las dificultades que la propia enfermedad plantea a la hora de integrarse en un grupo de iguales (fundamental en la etapa de la adolescencia).

**Conclusiones:** el apoyo psicológico puede ser fundamental en pacientes pediátricos con enfermedades raras para asegurar un correcto desarrollo, así como el éxito de las medidas terapéuticas indicadas por otros profesionales implicados en el caso.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Uptodate. Eichler FS. Hereditary sensory and autonomic neuropathies [sede Web]. 30 de agosto de 2016 [revisado en enero de 2017; acceso 2 de febrero de 2017]. Uptodate Waltham, Massachusetts. <http://www.uptodate.com/>.
2. Levy Erez D, Levy J, Friger M, Aharoni-Mayer Y, Cohen-Iluz M, Goldstein E. Assessment of cognitive and adaptative behaviour among individuals with congenital insensitivity to pain and anhidrosis. *Dev Med Child Neurol*. 2010; 52: 559–562.
3. Moyer P. Healthy approaches to rare conditions. *BMJ*. 2016; 353:i2042
4. Anderson M, Elliott EJ, Zurynski YA. Australian families living with rare disease: experiences of diagnosis, health services use and needs for psychosocial support. *Orphanet J Rare Dis*. 2013; 8:22
5. Budysh K, Helms TM, Schultz C. How do patients with rare diseases experience the medical encounter? Exploring role behavior and its impact on patient-physician interaction. *Health Policy*. 2012; 105(2-3):154-64
6. Zurynski Y, Frith K, Leonard H, Elliott E. Rare childhood diseases: how should we respond? *Arch. Dis. Child*. 2008; 93(12): 1071-1074

## EVALUACIÓN DE LA NECESIDAD DE PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PARA HABILIDADES SOCIALES Y ANSIEDAD/DEPRESIÓN EN NIÑOS/ADOLESCENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

*Alcover Van de Walle, Carlota. Psicóloga. MSc. Unidad Multidisciplinar de Trastornos del Espectro del Autismo. Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Universidad Blanquerna, Ramon Llull. e-mail: carlotaav@blanquerna.url.edu*

*Mairena García de la Torre, M<sup>a</sup> Ángeles. PsyD. PhD. Unidad Multidisciplinar de Trastornos del Espectro del Autismo. Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Díez Juan, María. Psicóloga. Unidad Multidisciplinar de Trastornos del Espectro del Autismo. Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Rueda Barcena, Isabel. MD. Unidad Multidisciplinar de Trastornos del Espectro del Autismo. Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. González Rodríguez, Mireia. PSyD. Unidad Multidisciplinar de Trastornos del Espectro del Autismo. Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Arias Pujol, Eulàlia. PhD. Universidad Blanquerna, Ramon Llull.*

## RESUMEN

**Introducción:** El Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) es uno de los trastornos del neurodesarrollo más graves que implican deficiencias en la interacción social recíproca y la comunicación social. Además, suele presentar comorbilidad con sintomatología ansiosa/depresiva. Por ello, el presente estudio tiene como objetivo analizar la necesidad de una intervención que se dirija a mejorar habilidades sociales y a su vez sea eficaz en disminuir los síntomas de la ansiedad/depresión (Solomon, 2004).

**Material y método:** Se analizó la sintomatología ansiosa/depresiva en una muestra de 80 niños/adolescentes diagnosticados de TEA en la Unidad Multidisciplinaria de los Trastornos del Espectro del Autismo (UnimTEA), del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Se evaluaron aspectos de comunicación e interacción social y sintomatología ansiosa/depresiva con las escalas clínicas Child Behaviour Checklist (CBCL; Achenbach, 1992) y The Spence Children's Anxiety Scale (SCAS; Spence, 1997)

**Resultados:** Todos los pacientes presentaron dificultades en comunicación e interacción social. Muchos de ellos mostraron sintomatología ansiosa o depresiva en escalas de ansiedad o depresión (con una puntuación típica mayor de 65). También observamos que la mayoría de ellos obtuvieron puntuaciones más elevadas en sintomatología internalizante que externalizante.

**Conclusiones:** Además de grandes dificultades en las áreas de comunicación e interacción social muchos niños/adolescentes con TEA presentan síntomas ansiosos o depresivos. Por ello desde la UnimTEA se ha iniciado un programa de intervención en Habilidades Sociales basado en el programa de Solomon (2004) el cual ha mostrado eficacia en la mejoría de habilidades sociales. En futuras investigaciones se evaluará si también hay disminución en sintomatología ansiosa/depresiva.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bellini, S. (2006). The development of social anxiety in adolescents with Autism Spectrum Disorder. *Focus on Autism and other developmental disabilities*, 21(8); 138-145.
2. Chalfant AM, Rapee R, Carroll L. Treating anxiety disorders in children with high functioning autism

spectrum disorders; a controlled trial. *Journal of autism developmental disorders*. 2007;37:1842-1857.

3. McMahon, C. M, Vismara, L. A., & Solomon, M. (2013). Measuring Changes in Social Behavior during a Social Skills Intervention for Higher-Functioning Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43 (8), 1843-1856.
4. Solomon, M., Goodlin-Jones, B. & Anders, T. (2004). A Social Adjustment Enhancement Intervention for High Functioning Autism, Asperger's Syndrome, and Pervasive Developmental Disorder NOS. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34: 649-668.

## SE SEPARAN MÁS LOS PADRES CON NIÑOS TDAH? IMPACTO DEL TDAH EN EL CLIMA FAMILIAR

*Insa Pineda, Inmaculada. Licenciada en medicina. Especialista en psiquiatría, adjunto del CSMIJ Mollet del Vallès, Hospital Sant Joan de Déu, iinsa@hsjdbcn.org*

*Huguet Miguel, Anna. Licenciada en psicología, becaria de la Unidad TDAH Hospital Sant Joan de Déu, ahuguetm@fsjd.org*

*Espadas Tejerina, Marta. Licenciada en medicina. Especialista en psiquiatría, adjunto del CSMIJ Mollet del Vallès, Hospital Sant Joan de Déu, mespadas@hsjdbcn.org*

*Chamorro Fernández, Marta. Licenciada en medicina. Especialista en psiquiatría, adjunto CSMIJ Mollet del Vallès, Hospital Sant Joan de Déu, marta.chamorro86@gmail.com*

*Alda Diez, Jose A. Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Zaragoza. Especialista en Psiquiatría. Jefe de Sección de Psiquiatría infanto-juvenil del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Coordinador de la Unidad de TDAH del Hospital Sant Joan de Barcelona. jalda@sjdhospitalbarcelona.org*

## RESUMEN

**Introducción:** El trastorno por déficit de atención con hiperactividad ejerce una compleja influencia negativa sobre el sistema familiar. En general, los padres de niños con TDAH informan de mayores niveles de estrés, dificultades de manejo, agotamiento y sentimientos de

culpa 1. Las familias con niños con TDAH tienden a estar más alteradas que la población general, existiendo más problemas de relación entre padres e hijos, entre hermanos y problemas conyugales.

**Material y Métodos:** El objetivo del presente estudio es comparar la situación conyugal y el malestar general referido por progenitores en familias con hijos TDAH frente a la población general. Para ello se ha realizado un estudio observacional naturalístico de casos-controles apareado por edad y sexo. La muestra está configurada por 120 individuos, siendo el grupo caso una muestra de 60 niños con nuevo diagnóstico de TDAH, atendidos por el sistema de salud pública (Unidad de TDAH del Hospital Sant Joan de Déu) y el grupo control está formado por 60 niños sanos de los mismos centros educativos. El análisis de los datos se realiza con el programa SPSS 19.0

**Resultados:** El 56,7% de los casos eran chicos, con una edad media de 9,32 años. En los casos, el 55% presentaban TDAH subtipo combinado (n=33), un 36,7% subtipo inatento (n=22) y un 8,3% subtipo hiperactivo-impulsivo. Comparando la situación familiar dentro del grupo caso versus controles, encontramos diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,01$ ) en el estado civil de los padres de ambos grupos. Se halla un 81,7% (n=49) de progenitores que permanecen juntos (casados o parejas de hecho) en el caso de familias con hijos TDAH en comparación al 95% (n=57) de progenitores que permanecen juntos en el grupo control. Los separados o divorciados representan el 18,3% (n=11) en el grupo caso versus el 5% (n=3) en el grupo control. Analizando los síntomas de malestar general a través del GHQ-28 se hallan diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,01$ ) entre ambos grupos. El 42,2% de las madres de niños con TDAH muestran malestar frente al 25% en el grupo control. En el caso de los padres, se observa un 26,8% en el grupo caso frente al 5% en el control.

**Conclusiones:** Existe mayor malestar familiar y tasa de separaciones en las familias con niños TDAH. Dentro del plan de tratamiento sería conveniente la puesta en marcha de programas de intervención dirigidos a padres y orientados a disminuir el estrés parental.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Biederman J, Faraone S V, Keenan K, et al. Further evidence for family-genetic risk factors

in attention deficit hyperactivity disorder. Patterns of comorbidity in probands and relatives psychiatrically and pediatrically referred samples. Arch Gen Psychiatry. 1992;49(9):728-738.

2. Lange G, Sheerin D, Carr A, Dooley B, Barton V, Marshall D, Mulligan A, Lawlor M, Belton M DM. Family factors associated with attentions deficit hyperactivity disorder and emotional disorders in children. J Fam Ther. 2005;27:76-96. doi:0163-4445.

## ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES GRUPALES EN HABILIDADES SOCIALES Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN USMI GRAN VÍA (CASTELLÓN)

*Collado Navarro, Carlos David.*

*Psicólogo Interno Residente. Hospital Universitario de la Plana. Villa-real, Castellón. carloscollado.psicologo@gmail.com*

*Colomina Llobell, Cristina.*

*Psicóloga Interna Residente. Hospital Universitario de la Plana. Villa-real, Castellón.*

*Iglesias Barrachina, Josefa.*

*Facultativa Especialista en Psicología Clínica. Unidad de Salud Mental Infantil Gran Vía. Hospital General Universitario. Castellón.*

*Agüero Ramon-Llin, Cristina.*

*Facultativa Especialista en Psiquiatría. Unidad de Salud Mental Infantil Gran Vía. Hospital General Universitario. Castellón.*

*Sospedra Felip, Dolors.*

*Trabajadora Social. Unidad de Salud Mental Infantil Useres. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Querol Cortés, M<sup>a</sup> Teresa.*

*Facultativa Especialista en Psicología Clínica. Unidad de Salud Mental Infantil Gran Vía. Hospital General Universitario. Castellón.*

## RESUMEN

**Introducción:** El período de la infancia y preadolescencia son las etapas en las que evolutivamente se realiza el aprendizaje de las Habilidades Sociales<sup>1</sup> y la Solución de Problemas, por la práctica y el modelado participante especialmente. Por ello en aquellos trastornos donde las relaciones sociales están afectadas por su falta de habilidad o de ejercicio, este abordaje

estaría especialmente indicado.

De acuerdo con esta línea de intervención, en la USMI se realizan grupos de entrenamiento en Habilidades Sociales y Solución de problemas (HS/SP). El objetivo es la prevención primaria (especialmente TDAH sin comorbilidad<sup>2</sup> y características de personalidad por evitación/dependencia) y prevención secundaria (TCSP/TEA3, t. de ansiedad/fobia social, capacidad intelectual limite). El propósito del presente trabajo es analizar sus resultados para implementar posibles mejoras.

**Material y Métodos:** La intervención grupal (6 pacientes aprox. de entre 8-12 años; seleccionados por diagnóstico y edad) se compone de 8 sesiones estandarizadas semanales, de una hora de duración, realizadas por un PIR con la supervisión de un Psicólogo Clínico. Material de lápiz y papel, elaborado por el equipo multidisciplinar de Salud Mental Infantil, que recoge la evaluación cualitativa tanto del paciente (cuestionario pre/post y observación directa después del grupo) como de los padres (entrevista telefónica al mes de finalizar el grupo).

Para el estudio se revisaron las historias clínicas y evoluciones de 6 grupos de HS/SP realizados en la USMI Gran Vía. En total 33 pacientes (51% TDAH, 21% TEA/TCSP, 16% Capacidad Intelectual Limite, 12% Ansiedad). Los criterios para valorar las intervenciones realizadas han sido, la observación clínica por parte de las profesionales que llevaban el caso, la situación actual del paciente y el seguimiento telefónico.

**Resultados:** Un 45% de los pacientes presentaban comorbilidad, principalmente sintomatología ansiosa, alteraciones conductuales y dificultades de aprendizaje. Longitudinalmente se apreció que el 27% fue dado de alta por mejoría, el 57% continúan en tratamiento (36% en USMI, 21% en otro recurso USM/PTMGIA según edad y gravedad) y el 15% abandonó el abordaje terapéutico.

**Conclusiones:** Se ha observado mejoría general, especialmente en los grupos más homogéneos en edad y diagnóstico. Específicamente se han encontrado resultados más notables para: TDAH, fobia social, rasgos de personalidad evitativos/dependientes, y víctimas de acoso escolar. Resultados más modestos en el TEA/TCSP, TDAH con alteraciones conductuales, y Capacidad Intelectual Límite. Por tanto, habría que trabajar con grupos homogéneos en edad y diagnóstico,

calibrando la comorbilidad (especialmente conductual).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Betina Lacunza, Anna; Contini de González, Norma. Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en Humanidades*. 2011; 1 (23): 159-182.
2. Kok FM, Groen Y, Fuermaier ABM, Tucha O. Problematic Peer Functioning in Girls with ADHD: A Systematic Literature Review. *PLoS ONE*. 2016; 11(11)

Gates, Jacquelyn A., Kang, Erin, Lerner, Matthew D. Efficacy of group social skills interventions for youth with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*. 2017; 52: 164-181.

## MINDFULNESS PARA ADOLESCENTES: GRUPO PILOTO EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTIL

*Nebot García, Ingrid.*

*Psicóloga Interna Residente. Hospital Universitario de la Plana. Villa-real, Castellón. ingrid.nebot@gmail.com*  
*Collado Navarro, Carlos David.*

*Psicólogo Interno Residente. Hospital Universitario de la Plana. Villa-real, Castellón.*

*Querol Cortés, M<sup>a</sup> Teresa.*

*Facultativa Especialista en Psicología Clínica. Unidad de Salud Mental Infantil Gran Vía. Hospital General Universitario. Castellón.*

*Agüero Ramon-Llin, Cristina.*

*Facultativa Especialista en Psiquiatría. Unidad de Salud Mental Infantil Gran Vía. Hospital General Universitario. Castellón.*

*Iglesias Barrachina, Josefa.*

*Facultativa Especialista en Psicología Clínica. Unidad de Salud Mental Infantil Gran Vía. Hospital General Universitario. Castellón.*

## RESUMEN

**Introducción:** Existen diferentes protocolos de tratamiento para malestar emocional basados en mindfulness, principalmente grupales. Los dos protocolos con mayor evidencia para población adulta son el Programa de Reducción de estrés basado en

mindfulness (MBSR) y el Programa de Terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT). Existen adaptaciones de estos programas para población juvenil 1 que incluyen meditaciones formales más cortas y repetitivas; más prácticas informales (dibujar, comer o escuchar música con atención plena); y el uso de un lenguaje y ejercicios apropiados a su edad.

La investigación con niños y adolescentes es todavía incipiente pero prometedora. Según publicaciones recientes, la práctica de mindfulness puede reducir el estrés, los problemas de conducta, los síntomas de ansiedad y depresión; mientras que, por otro lado, puede ayudar a mejorar la autoestima, la atención, el rendimiento cognitivo y académico, el optimismo, la autorregulación y las relaciones con los demás 1,2.

**Material y Métodos:** La muestra consistió en 9 adolescentes entre 11-13 años, en tratamiento psicológico individual en una Unidad de Salud Mental Infantil, con diagnósticos principalmente de trastornos de ansiedad y TDAH. Los pacientes se seleccionaron en base al beneficio potencial que podían obtener según criterio clínico.

Con el objetivo de valorar la eficacia de la intervención, se administraron de forma previa y posterior a la realización del grupo dos cuestionarios: MAAS-S (Mindfulness Attention Awareness Scale – Adolescents) 3, que evalúa atención plena o mindfulness, y KIDSCREEN-52 4, que evalúa calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes de 8 a 18 años.

**Resultados:** Se analizaron los datos obtenidos mediante pruebas estadísticas no paramétricas (Wilcoxon). Se observó una tendencia al alza en las puntuaciones medias globales del MAAS-A en el post-tratamiento. Respecto al KIDSCREEN-52, se encontraron mejoras en las puntuaciones medias globales de cinco de las dimensiones: bienestar físico, bienestar psicológico, autopercepción, autonomía, relación con los padres y vida familiar, así como las puntuaciones totales del cuestionario. Aunque, debido al tamaño muestral, los resultados no fueron suficientemente potentes como establecer diferencias estadísticamente significativas.

**Conclusiones:** Los resultados de este estudio piloto apuntan a una mejoría en la calidad de vida así como en el nivel de atención plena de los participantes del grupo. No obstante, se necesita replicar la intervención realizada

con un mayor tamaño muestral de cara a demostrar diferencias estadísticamente significativas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rempel KD. Mindfulness for Children and Youth: A Review of the Literature with an Argument for School- Based Implementation. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*. 2012; 46(3): 201-220.
2. Perry-Parrish C, Copeland-Linder N, Webb L, Shields AH, & Sibinga EM. Improving self-regulation in adolescents: current evidence for the role of mindfulness-based cognitive therapy. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*. 2016; 7: 101-108.
3. Brown KW, West AM, Loverich TM, Biegel GM. Assessing adolescent mindfulness: validation of an adapted Mindful Attention Awareness Scale in adolescent normative and psychiatric populations. *Psychological Assessment*. 2011.
4. Ravens-Sieberer U, Gosch A, Rajmil L, Erhart M, Bruil J, Dür W et al. KIDSCREEN-52 medida de la calidad de vida de los niños y adolescentes. *Revisión de Expertos de Farmacoeconomía y Resultados de Investigación*. 2005; 5(3), 353-364.

## ESPECIFICIDAD DE LA PATOLOGÍA ATENDIDA EN HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL DE CASTELLÓN. ESTUDIO PRELIMINAR EN FUNCIÓN DE LOS TRASTORNOS INTERNALIZANTES/EXTERNALIZANTES

*Real-López, Matias*

*Psiquiatra. Coordinador del Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Universitat Jaume I. E-mail: matiasreal90@gmail.com*

*Gimeno Lozano, María. Psicóloga. Máster en Psicología General Sanitaria.*

*Villa Martín, Helena. Universitat Jaume I (Psicóloga, Profesora Contratada Doctora, Facultad de Ciencias de la Salud)*

*Ramos-Vidal, Carla*

*Psiquiatra. Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Universitat Jaume I.*

*Espinosa-Mata, Matilde.*

*Psicóloga Clínica. Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia. Hospital General Universitario de Castellón. Universitat Jaume I.*

## RESUMEN

**Introducción:** El presente estudio describe el perfil preliminar de paciente del Hospital de Día Infanto Juvenil de Castellón de la Plana, haciendo énfasis en los trastornos psicopatológicos internalizantes y externalizantes, teniendo en cuenta la edad y el género de los pacientes. El HDIJ es un dispositivo pionero en la Comunidad Valenciana en el que los pacientes reciben tanto atención sanitaria como educativa. Este dispositivo atiende únicamente casos de patología que ha debutado como grave y/o con mala evolución en el seguimiento ambulatorio. Dada la especificidad de este tipo de dispositivo intentamos dilucidar la existencia de diferencias entre el tipo de patología atendida en él y la patología general en la población infanto-juvenil y la atendida en modalidad ambulatoria. En el momento de recogida de la muestra el HDIJ llevaba en funcionamiento 5 años. El objetivo fue determinar la existencia de diferencias de género y edad en la incidencia de trastornos mentales externalizantes e internalizantes en la muestra de pacientes atendidos desde el inicio de su funcionamiento hasta 2016 en HDIJ. Así mismo, describimos la relación entre estas dos categorías con las características de personalidad (evaluadas con el MACI) y variables adaptativas y de estilo de crianza (evaluadas con el TAMAI).

**Material y Métodos:** La muestra estuvo compuesta por 25 hombres (42,2%) y 34 mujeres (57,6%), con edades comprendidas entre 13 y 16 años. Todos cumplimentaron el TAMAI y el MACI.

**Resultados:** Los resultados mostraron una mayor prevalencia de trastornos internalizantes en los varones y de externalizantes en las mujeres. En relación a la edad, se observó una mayor prevalencia de trastornos externalizantes en los niños de menor edad y de trastornos internalizantes en los niños de mayor edad. En cuanto a los perfiles de personalidad en los distintos trastornos, se encontraron diferencias significativas en introversión, inhibición, egocentrismo, histrionismo, desagrado con el cuerpo, inseguridad con los iguales e insensibilidad social. Por otro lado, no se encontraron

diferencias significativas en la adaptación percibida por parte de los pacientes en función del tipo de trastorno.

**Conclusiones:** Algunos de los resultados coinciden con los encontrados en estudios previos (como la relación entre trastornos y edad y perfiles de personalidad), mientras que otros no (como un predominio de trastornos internalizantes en varones y de trastornos externalizantes en mujeres y la ausencia de diferencias en la inadaptación) (Rosa-Alcázar, Parada-Navas, y Rosa-Alcázar, 2014). Se revisan las posibles explicaciones de estos resultados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., & Muñiz, J. (2011). Prevalencia de la sintomatología emocional y comportamental en adolescentes españoles a través del Strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(1), 15-25.
2. Navarro-Pardo, E., Meléndez Moral, J. C., Sales Galán, A., & Sancerni Beitia, M. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y género. *Psicothema*, 24(3), 377-383.
3. Rosa-Alcázar, A. I., Parada-Navas, J., y Rosa-Alcázar, Á. (2014). Síntomas psicopatológicos en adolescentes españoles: relación con los estilos parentales percibidos y la autoestima. *Anales de psicología*, 30(1), 133-142.
4. Zubeidat, I., Fernández-Parra, A., Ortega, J., Vallejo, M.A., y Sierra, J.C. (2009). Características psicosociales y psicopatológicas en un muestra de adolescentes españoles a partir del Youth Self-Report/11-18. *Anales de la psicología*, 25(1), 60-69.

## MANEJO DE LA COMORBILIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Jiménez Bidon, Ana*

*MIR Psiquiatría. Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla) .*

*e-mail: anukajbidon@hotmail.com*

*Martínez Núñez, Beatriz*

*FEA Psiquiatría .Hospital Infantil Universitario del*

*Niño Jesús*  
*Muñoz Rodríguez, Rüdiger.*  
*PIR Psicología Clínica. Hospital Son Llàtzer (Palma de Mallorca)*  
*Yamamoto, Sara*  
*MIR Psiquiatría. Hospital central de defensa Gomez Ulla (Madrid).*

#### RESUMEN

**Introducción:** Una significativa proporción de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) presentan comorbilidad con trastornos ansiosos, entre ellos el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es el tercer diagnóstico más frecuente<sup>1</sup>.

**Material y métodos:** Revisión de un caso de una adolescente (15 años) que ingresa en la Unidad de Hospitalización de TCA de nuestro Hospital, tras acudir a consulta por primera vez presentando restricciones alimentarias, ejercicio compulsivo y pérdida ponderal de 7 Kg en último año.

**Antecedentes:** Inicio de la clínica dos años antes, con restricciones alimentarias cuantitativas y cualitativas, aumento del ejercicio, dedicación excesiva a los estudios y rituales de limpieza/orden. Hace un año consultan en su hospital de referencia con una evolución ambulatoria desfavorable. Precisa de dos ingresos en dicho centro, llegando a un IMC de 14 kg/m<sup>2</sup> (percentil < 3).

Dada la mala evolución, a pesar de tratamiento psicoterapéutico y farmacológico, con persistencia de la ideación anoréxica, actitudes alimentarias patológicas e hiperactividad con deseo de gasto energético, es derivada a la Unidad de TCA del Hospital Niño Jesús.

**Evolución:** Al ingreso presenta un IMC 14,3 kg/m<sup>2</sup> (Pc<3) con síntomas y signos de desnutrición.

Durante el ingreso se muestra tranquila y correcta, a excepción del control del ejercicio compulsivo. Presenta discurso parco, con aumento del tiempo de latencia de respuesta y alexitimia. Ideas obsesivoides sobre comida y ejercicio físico. Ideas obsesivas de limpieza y orden con compulsiones asociadas. Nula conciencia de enfermedad.

Se inicia el protocolo de TCA con la intención de conseguir renutrición y se reajusta tratamiento psicofarmacológico.

Tras ganancia ponderal progresiva, hasta un IMC 21,4 kg/m<sup>2</sup> (Pc 55), y mejoría en sintomatología, es dada de alta con diagnóstico de Anorexia Nerviosa Restrictiva y TOC. Se deriva a la paciente a consulta externa de TCA.

Durante seguimiento se mantiene tratamiento farmacológico. Se acuerda tratamiento psicoterapéutico, frecuencia semanal, con los siguientes objetivos:

Establecer una alianza terapéutica.

Trabajar conciencia de enfermedad y autoconcepto.

Disminuir rituales y reestructuración de distorsiones cognitivas.

Normalización y adaptación de rutinas (recuperación funcional).

Intervención familiar y psicoeducación.

**Resultados:** Gracias a la combinación del tratamiento psicoterapéutico y farmacológico, se consigue mejoría en la sintonía e irradiación, además de en su funcionamiento diario (menor psicorrigidez, disminución de conductas compulsivas y alimentarias patológicas).

**Conclusiones:** La detección de sintomatología obsesiva-compulsiva debe considerarse rutinariamente en cualquier evaluación de las pacientes con TCA, ya que su presencia afecta al manejo terapéutico, curso y pronóstico del trastorno alimentario.

#### REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Speranza M, Corcos M, Godart N, Jeammet P, Flament M. Current and lifetime prevalence of obsessive compulsive disorders in eating disorders. *Encephale* 2001; 27 (6): 541-50.

#### RELACIÓN ENTRE EL PERFECCIONISMO Y LA ELEVADA ACTIVIDAD FÍSICA EN ADOLESCENTES CON ANOREXIA NERVIOSA (AN)

*Moreira Martínez, Mónica M.*

*Médico Interno Residente de Psiquiatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, chen4m@gmail.com.*

*Flamarique, Itziar*

*Especialista en psiquiatría, Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil, Hospital Clínic de Barcelona. CIBERSAM.*

*Plana, María Teresa*

*Especialista en psiquiatra, Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil, Hospital Clínic de Barcelona.*

*Moreno Pérez, Elena*

*Psicóloga clínica, Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil, Hospital Clínic de Barcelona.*

*Castro Fornieles, Josefina*

*Especialista en psiquiatría, Servicio de Psiquiatría y Psicología infantil y juvenil, 2014SGR489, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, CIBERSAM, IDIBAPS, Departamento de Medicina, Universidad de Barcelona.*

*Lázaro García, Luisa.*

*Especialista en Psiquiatría, Servicio de Psiquiatría y Psicología infantil y juvenil, 2014SGR489, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, CIBERSAM, IDIBAPS, Departamento de Medicina, Universidad de Barcelona.*

## RESUMEN

**Introducción:** El perfeccionismo aparece en diferentes estudios como una característica de la anorexia nerviosa (AN) (1) junto a otras variables como los síntomas obsesivos, ansiosos o depresivos. Davis et al.(2) en 1998 y Shroff et al.(3) en 2006, encuentran además puntuaciones altas de perfeccionismo en pacientes con AN y elevada actividad física.

El objetivo de este trabajo es comparar adolescentes con AN que realizan una elevada actividad física con aquellos menos activos, en relación con variables de perfeccionismo, ansiedad, depresión, obsesividad y conducta alimentaria.

**Material y Métodos:** Se recoge una muestra de 70 adolescentes con AN en el departamento de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil del Hospital Clínic de Barcelona, que cumplieran criterios DSM-V con IMC>18,5 y seguimiento mínimo de 6 meses.

Se revisan los datos de la historia clínica con los que se agrupan los pacientes AN que realizaban elevada actividad física (37 AN-H) y los que presentaban una mínima o ninguna actividad física (33 AN-NoH).

Se les administró la versión española de The Child and Adolescent Perfectionism Scale (CAPS)(4), formada por una subescala para el Perfeccionismo Auto-

Orientado (CAPS SOP), que refleja la auto-imposición de estándares poco reales y otra para el Perfeccionismo Socialmente Prescrito (CAPS SPP), referida a la presión percibida de los demás de alcanzar metas poco realistas; el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI), el Cuestionario de Actitudes hacia la Comida (EAT-40), el Inventario de Obsesiones de Leyton – versión infantil (LOI-CV) y el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo para niños (STAI-C) .

**Resultados:** En el grupo de pacientes con AN-H se obtienen puntuaciones más altas en la subescala CAPS SOP (media=46,47±11.37) frente al grupo de AN-NoH (media=40,39±10.04) (t-test=-2.37, p=0.021). Mientras que en las puntuaciones de la subescala CAPS SPP (media=23.79±8.02) no presenta diferencias significativas con el grupo AN-NoH (media=24.09±9.15) (t-test=0.148, p=0.883). Las puntuaciones para las variables de CDI, EAT-40, LOI-CV y STAI-C en el grupo AN-H resultaron también significativamente más altas.

**Conclusiones:** Frente a los pacientes con AN con escasa actividad física, los que presentan elevada actividad obtienen mayores puntuaciones en el perfeccionismo auto-orientado, no siendo significativo el inducido por la presión social. El mismo grupo presenta a su vez mayores puntuaciones en la sintomatología obsesiva, ansiosa, depresiva y alimentaria.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Egan, S. Wade, T. y Shafran R. Perfeccionism as a transdiagnostic process: a clinical review. Clin Psychol Rev. 2011; 31, 203-212.
2. Davis, C., Kaptein, S., Kaplan, A. S., Olmsted, M. P., & Woodside, D. B. Obsessionality in anorexia nervosa: The moderating influence of exercise. Psychosom Med. 1998; 60(2), 192-197.
3. Shroff, H., Reba, L., Thornton, L. M., Tozzi, F., Klump, K. L., & Berrettini, W. H., et al. Features associated with excessive exercise in women with eating disorders. Int J Eat Disord. 2006; 39, 454-461.
4. Castro, J., Gila, A., Gual, P., Lahortiga, F., Saura, B. y Toro, J. Perfectionism Dimensions in Children and Adolescents with Anorexia Nervosa. J Adolesc Health. 2004; 35 (5), 382-398.

## NUEVAS VÍAS EN INVESTIGACIÓN EN PSIQUIATRÍA: EL PROYECTO RDOC

Vilar, Ana

*CSMIJ Sant Martí i La Mina, Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD), Parc de Salut Mar, Barcelona, Spain*

*Universitat Pompeu Fabra (UPF), Department of Experimental and Health Sciences, Barcelona, Spain  
Blasco, Maria Jesús*

*Universitat Pompeu Fabra (UPF), Department of Experimental and Health Sciences, Barcelona, Spain  
CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Spain*

*Health Services Research Unit, IMIM - Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques, Barcelona, Spain  
Batlle-Vila, Santiago*

*CSMIJ Sant Martí i La Mina, Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD), Parc de Salut Mar, Barcelona, Spain*

García-Forero, Carlos

*Universitat Pompeu Fabra (UPF), Department of Experimental and Health Sciences, Barcelona, Spain  
CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Spain*

*Health Services Research Unit, IMIM - Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques, Barcelona, Spain*

### RESUMEN

**Introducción:** Pese al éxito conseguido en la homogeneización de criterios, la validez y utilidad de los sistemas de clasificación diagnóstica categoriales (CIE y DSM) es una discusión recurrente en el ámbito de la salud mental(1).

**Material y Métodos:** Con el objetivo de presentar el proyecto RDoC(2) se realiza una revisión de la bibliografía publicada en PUBMED y en el apartado dedicado a RDoC en la web del NIMH. Se ejemplificará la aplicación de la metodología RDoC en el Trastorno de Desregulación del Estado de Ánimo Disruptivo(3).

**Resultados:** El marco RDOC es un marco de investigación translacional basado en la sistematización de fuentes de información y dianas de investigación. Pretende que los resultados de investigación se traduzcan

en aplicaciones útiles para la toma de decisiones clínicas y orienta la investigación hacia el estudio de sistemas mediante distintas fuentes de evidencia. Partiendo de un inventario de bases funcionales de la conducta del SNC, la psicopatología se plantea como la expresión fenotípica de las alteraciones en dichas funciones. Propone una sistematización cruzada de cinco dominios psicobiológicos cerebrales relevantes para la psicopatología (constructos funcionales para los que existe evidencia de investigación básica) con siete unidades de análisis (niveles de metodología para estudiar esos constructos).

Las principales diferencias entre RDoC frente a los sistemas CIE y DSM se basan en la conceptualización de la psicopatología y en la estrategia de estudio de la misma.

Las críticas recibidas se han centrado principalmente en su escasa utilidad clínica y reduccionismo biológico. Sin embargo, RDoC ni es ni pretende ser en la actualidad un sistema diagnóstico sino que es un marco para la sistematización de la evidencia disponible siendo una propuesta estratégica más que de contenido. Desde RDOC no se entiende que la psicopatología venga causada por el SNC sino que entiende que sucede en el SNC y que por tanto sus manifestaciones deben ser detectadas en ese nivel, siendo su enfoque original biopsicosocial.

**Conclusiones:** RDoC pretende mejorar la comprensión de la psicopatología a través de la propuesta de un enfoque integrador que guíe la investigación de la enfermedad mental. Parte que la psicopatología debe expresarse en lo biológico. Tras identificar este sustrato biológico el siguiente paso es llegar a una nosología psiquiátrica que guíe los tratamientos. Todavía queda por ver como los hallazgos de RDoC se traducirán en un modelo concreto que pueda guiar la práctica clínica.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Widiger TA, Clark LA. Toward DSM-V and the classification of psychopathology. *Psychol Bull.* 2000 Nov;126(6):946-63.
2. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry.* 2014 Feb;13(1):28-35.

- Meyers E, DeSerisy M, Roy AK. Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD): An RDoC perspective. *J Affect Disord.* Elsevier; 2016 Aug;0(0).

### MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA E IMPACTO DEL TDAH MEDIANTE EVALUACIÓN MOMENTÁNEA ECOLÓGICA

*Miguelélez-Fernández, Carolina*

*(Psiquiatra infanto juvenil adjunta en Fundación Jiménez Díaz, carolina.mfernandez@quironsalud.es)*

*Baltasar-Tello, Itziar*

*(Psiquiatra infanto juvenil adjunta en Hospital Infanta Elena, itziar.baltasar@quironsalud.es)*

*Peñuelas-Calvo, Inmaculada*

*(Psiquiatra infanto juvenil adjunta en Fundación Jiménez Díaz, inmaculada.penuelas@quironsalud.es)*

*Rodríguez Blanco, Lucía*

*(Psicóloga infanto juvenil adjunta en Fundación Jiménez Díaz, lucia.rodriguez@quironsalud.es)*

*Carballo, Juan José*

*(Psiquiatra infanto juvenil adjunto en Hospital Universitario Gregorio Marañón)*

*Baca-García Enrique*

*(Psiquiatra, jefe de servicio de psiquiatría de Fundación Jiménez Díaz, Hospital Infanta Elena, Hospital Rey Juan Carlos y Hospital de Villalba)*

#### RESUMEN

**Introducción:** El creciente desarrollo de la tecnología web y la accesibilidad diaria de los pacientes a la misma, permiten incorporar nuevos sistemas de recogida de datos relevantes para el diagnóstico y tratamiento de las patologías psiquiátricas (1). La evaluación momentánea ecológica (EMA) permite recoger información en tiempo real y en el medio habitual del paciente, evitando así los sesgos del recuerdo de memoria en la consulta médica (2). Presentamos datos preliminares de estudios con tecnología EMA, que son congruentes con los resultados de investigaciones actuales sobre calidad de vida en pacientes con patologías psiquiátricas y sus familias.

**Material y Métodos:** Se analiza una muestra de 42 pacientes (32 TDAH y 10 con diagnóstico de trastorno por ansiedad) con edades entre los 12 y los 17 años,

atendidos en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil de la Fundación Jiménez Díaz. Tanto los pacientes como los progenitores rellenaron los cuestionarios presentados mediante metodología EMA. Los cuestionarios aplicados serían: AQOL-MSH: cuestionario sobre regulación emocional, autoconcepto y contexto social para el paciente; VAS: cuestionario desarrollado ad-hoc para el estudio, sobre el nivel de satisfacción actual del paciente; General Health Questionnaire-12 (GHQ-12), que valora la psicopatología de los progenitores; escala Zarit que valora la sobrecarga subjetiva de los cuidadores en relación con el paciente, progenitor y funcionamiento familiar.

**Resultados:** Realizando análisis de los ítems, en la escala GHQ-12, los padres de los pacientes con diagnóstico de ansiedad tienen una puntuación media superior con significación estadística en el ítem “¿En el último tiempo ha podido disfrutar de la vida diaria?” así como en la escala Zarit en el ítem “piensa que no tiene suficientes ingresos para cuidar de su familiar”. En la escala AQOL-MSH los pacientes con TDAH tienen una puntuación media inferior estadísticamente significativa en los ítems “tengo que esforzarme más que los demás para salir adelante en el colegio” y “estoy cansado de que la gente no me entienda” así como en la escala VAS en el ítem “grado de satisfacción con tu trabajo”.

**Conclusiones:** La metodología EMA permite incorporar diferentes evaluaciones tanto para pacientes como para cuidadores y poder correlacionar ambas. Nuestros resultados preliminares apoyan los obtenidos en estudios previos sobre calidad de vida y la aplicabilidad y factibilidad de la utilización de EMA en diferentes poblaciones clínicas con diversos trastornos psiquiátricos.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bos, F. M., et al. (2015). "Experience sampling and ecological momentary assessment studies in psychopharmacology: A systematic review." *Eur Neuropsychopharmacol* 25(11): 1853-1864.
- Rosen, P. J., et al. (2013). "I know it when I quantify it: ecological momentary assessment and recurrence quantification analysis of emotion dysregulation in children with ADHD." *Atten Defic Hyperact Disord* 5(3): 283-294.

## LA CONTENCIÓN EMOCIONAL COMO HERRAMIENTA PARA EL MANEJO DEL SÍNDROME IRA-HOSTILIDAD-AGRESIVIDAD (IHA) EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

*Gregorio Sánchez, Jaime*

*Diplomado Universitario de Enfermería, Enfermero Especialista en Salud Mental. Unidad de Hospitalización de Salud Mental Infanto-Juvenil, Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. jagresa@gmail.com*

*Gómez Corral M<sup>a</sup> Teresa*

*Diplomada Universitaria de Enfermería, Enfermera Especialista en Salud Mental. Unidad de Hospitalización de Salud Mental Infanto-Juvenil, Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. aremusatere@hotmail.com*

*Márquez Arbués Silvia*

*Diplomada Universitaria de Enfermería, Enfermera Especialista en Salud Mental. Unidad de Hospitalización de Salud Mental Infanto-Juvenil, Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. silvymar3r@gmail.com*

*Pallarés Carretero Ignacio Ramón*

*Diplomado Universitario de Enfermería, Enfermero Especialista en Salud Mental. Unidad de Hospitalización de Salud Mental Infanto-Juvenil, Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. nacho.pallares@hotmail.com*

*Ortega Margaritti Soledad*

*Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Unidad de Hospitalización de Salud Mental Infanto-Juvenil, Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Sole\_enrique@hotmail.com*

*Soler García Francisca*

*Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Unidad de Hospitalización de Salud Mental Infanto-Juvenil, Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Paquidelsol333@gmail.com*

### RESUMEN

**Introducción:** El personal de enfermería constituye un elemento fundamental en el manejo del Síndrome Ira-Hostilidad-Agresividad (IHA) que se produce con frecuencia en las unidades de psiquiatría, y de forma particular, en las infanto-juveniles, donde los adolescentes representan un gran porcentaje de los usuarios.

En dicho síndrome confluyen emociones y afectos primarios como la ira, que inducen cogniciones y

actitudes hostiles que pueden desembocar en conductas y comportamientos manifiestos de agresividad. Sus afectados suelen tener mayor tendencia a expresar pensamientos irracionales y una interacción con el medio inadaptada, que van desde los insultos a actos que suponen un grave riesgo tanto para el propio usuario como para el personal sanitario.

Por ello resulta fundamental anticiparnos y actuar desde el momento en que se identifica la reacción emocional primaria, ya que ayudará a disminuir o frenar el avance del síndrome IHA.

Dentro de la relación usuario-enfermero, base del cuidado de la enfermera especialista en salud mental, se hace significativo el trabajo de contención emocional como mecanismo preventivo para ayudar a frenar la escalada de reacciones inadaptadas y negativas de los usuarios.

La contención emocional debe entenderse no sólo como un procedimiento, si no como la organización de un espacio terapéutico que facilite la elaboración, gestión y desarrollo de las emociones, cogniciones y capacidades de los usuarios, de forma que puedan contrastarlas con la realidad y ponerlas en acción de forma adaptada, estimulando la tranquilidad y la autoconfianza mediante la comunicación, donde la formación, las capacidades y actitudes del personal de enfermería resultan claves.

El objetivo del trabajo es Conocer la importancia de la contención emocional realizada por el personal de enfermería especialista en salud mental como herramienta en el manejo del síndrome Ira-Hostilidad-Agresividad en adolescentes ingresados en una sala de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil.

### Material y Métodos:

Trabajo descriptivo que pretende enumerar las capacidades y competencias que debe poseer el personal de enfermería especialista en salud mental para la realización de una adecuada contención emocional.

**Resultados:** Profundizar en los conceptos de contención emocional y delimitar su utilidad en la posible reducción de la contención farmacológica y mecánica en el síndrome IHA.

**Conclusiones:** El trabajo del personal de enfermería debería ir enfocado a prevenir y limitar la escalada del

síndrome IHA, por lo que resulta de interés elaborar una guía sobre contención emocional, así como planificar un estudio que permita comparar la efectividad de su aplicación para disminuir el número de contenciones mecánicas.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benito Fernández, J. Urgencias psiquiátricas. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP. Urgencias de Hospital de Cruces. Bizkaia. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/urgencias\\_psiquiatricas.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/urgencias_psiquiatricas.pdf)
2. El paciente agitado. Recomendación científica 10/01/09 de 25 de Junio de 2009 de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/anterior/documentos/recomendaciones/AGITADO.pdf>
3. Escario, L. Contención y comprensión en intervenciones psicoterapéuticas Breves. En libro de ponencias: VI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes (SEYPNA). Barcelona. 1992.
4. Fernández Gallego, V.; Murcia Pérez, E.; Sinisterra Aquilino, J.; Casal Angulo, C.; Gómez Estarlich, M.C. Manejo inicial del paciente agitado. *Emergencias*, 2009; 21: 121-132.
5. Galián Muñoz I; Bernal Torres J; Díaz Sánchez C; De Concepción Salesa A; Martínez Serrano J. Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación y/o Heteroagresividad. Hospital psiquiátrico Román Alberca. Murcia. 2011.
6. Marqués Andrés, S. Barrasa Santamaría L. Contención verbal: prevención primaria de la hostilidad. *Metas de enfermería*.(internet). Septiembre 2011. N°7. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80223/>
7. OMS. Informe de un grupo de estudio de la OMS acerca de los jóvenes y la "Salud para Todos en el Año 2000". Serie de Informes Técnicos 731. La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1986. Disponible en: [OMS.http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/36922/1/WHO\\_TRS\\_731\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/36922/1/WHO_TRS_731_spa.pdf)
8. Téllez Lapeira, J.M.; Villena Ferrer, A.; Morena Rayo, S.; Pascual Pascual, P.; López García, C. El paciente agitado. *Guías Clínicas*. Fistera.com. 2006.

### EFFECTOS SUBJETIVOS DEL CONSUMO DE CÁNNABIS Y PATOLOGÍA DUAL EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES

*Matalí, Josep. PsyD. PhD.*  
Unidad de conductas adictivas y tóxicos, Servicio de Psiquiatría y Psicología  
Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona  
e-mail: [jmatali@sjdhospitalbarcelona.org](mailto:jmatali@sjdhospitalbarcelona.org)  
*Pérez, Ania. MSc.*  
Unidad de conductas adictivas y tóxicos, Servicio de Psiquiatría y Psicología  
Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona  
*Lleras, María. PsyD.*  
Unidad de conductas adictivas y tóxicos, Servicio de Psiquiatría y Psicología  
Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona  
*Pardo, Marta. MD.*  
Unidad de conductas adictivas y tóxicos, Servicio de Psiquiatría y Psicología  
Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona

### RESUMEN

**Introducción:** Aquellos adolescentes que consumen cannabis presentan alta comorbilidad con otros trastornos mentales (1). Dada la variedad de efectos subjetivos producido en el consumo, su relación con el desarrollo de la dependencia a cannabis y la poca literatura al respecto (2,3), el presente estudio describe la relación entre los efectos subjetivos del consumo en función de la patología dual (internalizante/externalizante), el sexo y los motivos de consumo.

**Material y Métodos:** La muestra constó de 228 adolescentes que realizaban tratamiento por consumo de cannabis en la Unidad de Adicciones del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Junto a otras variables psicopatológicas, se evaluó efectos subjetivos, motivos de consumo y patologías comórbidas.

**Resultados:** Del total de pacientes un 35% fueron mujeres y un 65% hombres, con una media de edad de

15,7 (DS=1,25), encontrándose la edad media de inicio de consumo en 12,98 (DS=1,65). El 33% de los pacientes presentaron un trastorno internalizante cómorbo y el 60% un trastorno externalizante.

Los pacientes internalizantes presentaron tendencia a experimentar mayores efectos subjetivos en general, sin embargo, los efectos de Sedación ( $p=0,013$ ) y Disforia ( $p=0,018$ ) dieron valores significativos, sin diferenciar entre diagnósticos. Ser mujer también se asoció a una mayor experimentación de efectos subjetivos, con mayor significación en sedación y disforia ( $p=0,016$  y  $p=0,002$ ). En el análisis de los motivos de consumo el efecto subjetivo de euforia se relacionó con todos los motivos de consumo.

**Conclusiones:** Conocer los efectos subjetivos reportados por los pacientes, es útil terapéuticamente ya que nos ayuda a comprender por qué un individuo consume, qué busca conseguir con este consumo y qué factores lo mantienen pudiendo desarrollar estrategias alternativas al consumo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Griffith-lendering, M. F. H., Huijbregts, S. C. J., Mooijaart, A., Vollebergh, W. A. M., & Swaab, H. Cannabis use and development of externalizing and internalizing behaviour problems in early adolescence: A TRAILS study. *J Alcohol Drug Depend*, 2011; 116(1-3), 11-17. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.11.024
2. Fogel Jessica S., Kelly Thomas H., Westgate Philip M., Lile Joshua A. . Sex differences in the subjective effects of oral  $\Delta 9$ -THC in cannabis users. *Pharmacol Biochem Behav*, 2017; 152, 44-51. doi:10.1016/j.pbb.2016.01.007
3. Kleinloog, D., Stevens, J., Heuberger, J., Spinhoven, P., & van Gerven, J. The influence of personality on the sensitivity to subjective effects of  $\Delta 9$ -tetrahydrocannabinol. *Psychiatry Res*, 2014; 220, 945-953. doi: 10.1016/j.psychres.2014.10.010

## ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE SOPORTE A PRIMARIA INFANTO- JUVENIL (PSPIJ) EN LA COMARCA DEL GARRAF/BAIX PENEDES (CUNIT) DURANTE EL AÑO 2016

*Juan Vidal Salomé*

*Médico Psiquiatra. Coordinadora CSMIJ/Hospital de Día del Garraf, Vilanova i la Geltrú. Hospital Sant Joan de Déu e-mail:sjuan@hsjdbcn.org*

*Moreno Mayos Aurea*

*Psicóloga Clínica. CSMIJ Garraf, Vilanova i la Geltrú. Hospital Sant Joan de Déu*

*Pujol Capdevila Clara.*

*Médico Psiquiatra. CSMIJ Garraf, Vilanova i la Geltrú. Hospital Sant Joan de Déu.*

*Mollá Cusi Laia*

*Psicóloga clínica. CSMIJ Garraf, Vilanova i la Geltrú. Hospital Sant Joan de Déu*

*Dehont Giner Lilian.,*

*Psicóloga Adjunta. CSMIJ Garraf Vilanova i la Geltrú. Hospital Sant Joan de Déu.*

*Camprodon Rosanas Ester.*

*Psicóloga Adjunta. CSMIJ Garraf, Vilanova i la Geltrú. Hospital Sant Joan de Déu.*

## RESUMEN

**Introducción:** Existe una prevalencia entre el 10-20% de trastornos mentales en la población infanto-juvenil que puede ser detectada en los equipos de atención primaria. En el año 2006 el Plan Director de Salud Mental y Adicciones de la Generalitat de Cataluña (1) trazó como línea estratégica la creación de programas de soporte a la atención primaria (PSP). En el 2008 el Departamento de Salud crea el Protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud en la edad pediátrica (2).

El objetivo del PSPIJ es ofrecer soporte a los centros de atención primaria (CAPs) con integración en los mismos de profesionales de los Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) que se desplazan allí para mejorar el proceso de detección/derivación de casos, participar en espacios de interconsulta, formación de los equipos de primaria y atención de primeras visitas, valoración diagnóstica y seguimientos breves de algunos casos.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo prospectivo de los pacientes menores de 18 años atendidos durante el año 2016 en el programa PSPIJ en 8 CAPs del Garraf i Cunit.

Un total de 478 personas de edades comprendidas entre 1 y 17 años fueron atendidas.

Las variables de sexo, edad, diagnóstico y resolución del caso fueron recogidas para la realización de un análisis descriptivo estadístico.

**Resultados:** De los pacientes atendidos (N: 478) en el programa PSPIJ solo 163 (34%), fueron remitidos al CSMIJ mientras que el resto de casos 315 (66%) se resolvió dentro del programa. La proporción por sexos fue prácticamente igual con 247 chicos (52%) frente 231 chicas (48%). Los diagnósticos más prevalentes fueron trastorno adaptativo en 140 casos (29%), desorden conductual en 107 (22%) y trastornos de ansiedad en 93 (19%).

**Conclusiones:** En el programa PSPIJ se atiende sobre todo a menores de 18 años que presentan problemas adaptativos, de conducta y de ansiedad. Esto se corresponde con el objetivo del programa PSPIJ de atención al trastorno mental leve/moderado. La proporción por sexos es prácticamente la misma. Solo un tercio de los casos es derivado al CSMIJ de referencia.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Departament de Salut (2006). Pla Director de Salut Mental i Adiccions de Catalunya. Barcelona: Planificació i Avaluació.
2. Departament de Salut (2008). Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica. Barcelona. Generalitat de Catalunya.

#### ALTERACIONES PREMORBIDAS EN LAS PSICOSIS DE INICIO TEMPRANO: DIFERENCIAS ENTRE SUJETOS CON ESQUIZOFRENIA, TRASTORNO BIPOLAR Y CONTROLES

*Payá González, Beatriz.*

*Unidad de Psiquiatría y Psicología Infanto-juvenil . Servicio Psiquiatría. Hospital Universitario Marques Valdecilla . Santander. Cantabria; IDIVAL; bpaya @ humv.es*

*Muñoz Cacho Pedro.*

*Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria, Santander. Cantabria; pedro.munoz@scsalud.es*

*Graell Berna, Montserrat.*

*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. H. Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. CIBERSAM; montserrat.graell@salud.madrid.org*

*Castro Fornieles, Josefina*

*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-juvenil, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínico de Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM.; JCASTRO@clinic.cat*

*Gonzalez-Pinto, Ana*

*Psiquiatra. Servicio de psiquiatría. Hospital Universitario de Alava. CIBERSAM. anapinto@telefonica.net*

*Arango López Celso.*

*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-juvenil, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, Madrid.*

#### RESUMEN

**Introducción:** A pesar de que existe extensa investigación centrada en las alteraciones premórbidas existentes en los trastornos psicóticos de inicio en edad adulta, son todavía escasos los estudios comparativos entre las diferentes psicosis y aún más los que se centran en las psicosis de edad inicio temprano.

El objetivo de este trabajo es analizar las alteraciones premórbidas existentes en una muestra de primeros episodios psicóticos de inicio temprano y comparar posibles diferencias entre el grupo de Trastorno bipolar (TB), Esquizofrenia (SZ) y controles sanos.

**Material y Métodos:** Comparamos el ajuste premórbido global, académico y social y otras variables premórbidas como el Cociente Intelectual Premórbido y la existencia de alteraciones del desarrollo en una cohorte de niños y adolescentes (N = 69) con trastorno bipolar (BP) o esquizofrenia (SZ) con un primer episodio psicótico y en un grupo control sano (N = 91).

**Resultados:** Los sujetos con SZ muestran un mayor ajuste social en la infancia que los sujetos con TB ( $p < 0.05$ ) y que los controles sanos ( $p < 0.001$ ) así como muestran mayor prevalencia de anormalidades en el desarrollo ( $p < 0.05$ ) que los controles sanos. Entre la infancia y la adolescencia temprana, tanto los sujetos con SZ y con TB muestran un mayor deterioro en el ajuste académico que los controles. El deterioro observado entre infancia y adolescencia se centra específicamente en aspectos adaptativos pero no en aspectos de rendimiento escolar ( $p < 0.01$ ).

**Conclusiones:** tanto la SZ como en TB de inicio

temprano presentan más alteraciones premórbidas que los controles, apuntando a la existencia de alteraciones del neurodesarrollo temprano en ambos trastornos. Los pacientes con SZ muestran más alteraciones sociales tempranas que los pacientes con TB. En la detección precoz de las psicosis de inicio temprano los aspectos adaptativos en ámbito escolar adquieren mayor relevancia que los aspectos de rendimiento escolar.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McClellan, J., Breiger, D., McCurry, C., Hlatala, S.A., 2003. Premorbid functioning in early-onset psychotic disorders. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry* 42 (6), 666–672
2. Addington, J., Addington, D., 2005. Patterns of premorbid functioning in first episode psychosis: relationship to 2-year outcome. *Acta Psychiatr. Scand.* 112 (1), 40–46
3. Cannon-Spoor, H.E., Potkin, S.G., Wyatt, R.J., 1982. Measurement of premorbid adjustment in chronic schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 8 (3), 470–484 (Abstract).
4. Castro-Fornieles, J., Parellada, M., Gonzalez-Pinto, A., Moreno, D., Graell, M., Baeza, I.,
5. Otero, S., Soutullo, C.A., Crespo-Facorro, B., Ruiz-Sancho, A., Descó, M., Rojas-Corrales,
6. O., Patiño, A., Carrasco-Marin, E., Arango, C., CAFEPS group, 2007. The child and adolescent first-episode psychosis study (CAFEPS): design and baseline results. *Schizophr. Res.* 91 (1–3), 226–237
7. Goldberg, J.F., Ernst, C.L., 2004. Clinical correlates of childhood and adolescent adjustment in adult patients with bipolar disorder. *J. Nerv. Ment. Dis.* 192 (3), 187–192
8. McKenna, K., Gordon, C.T., Rapoport, J.L., 1994. Childhood-onset schizophrenia: timely neurobiological research. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry* 33 (6), 771–781
9. Monte, R.C., Goulding, S.M., Compton, M.T., 2008. Premorbid functioning of patients with first episode nonaffective psychosis: a comparison of deterioration in academic and social performance, and clinical correlates of Premorbid Adjustment Scale scores. *Schizophr. Res.* 104 (1–3), 206–213

### LA CARTA DEFINITIVA ES LA PEQUEÑA. UN CASO CLÍNICO

*Gómez González, Cristina Luz*

*Residente de Psiquiatría en el Hospital Universitario de San Juan de Alicante.*

*Barragán Ortiz, Josefa*

*Médico Psiquiatra en USMI-J Cabo Huertas (Alicante).*

*Fenollar, Francisco Miguel*

*Médico Psiquiatra en USMI-J Cabo Huertas (Alicante).*

### RESUMEN

**Introducción:** El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) está asociado a un incremento en el riesgo de suicidio y de conductas autolíticas en adolescentes, siendo el suicidio una de las tres causas principales de muertes en adolescentes a nivel mundial. El acoso escolar puede ser el generador de un trauma severo que produzca la sintomatología de TEPT. En estos pacientes será fundamental tener presente el alto riesgo de suicidio pese al tiempo transcurrido desde el acoso, así como la aparición de otra sintomatología comórbida.

**Material y Métodos:** Se revisa y estudia un caso visto en el servicio de urgencias en enero de 2017, realizándose una revisión del comienzo y evolución de la paciente así como de su tratamiento.

**Resultados:** Se trata de una paciente de 14 años con sintomatología compatible con un TEPT desde hacía 5 años tras sufrir acoso repetitivo durante meses en su colegio por parte de algunas compañeras. La paciente acude a urgencias por presentar ideación autolítica de la que no realiza crítica. Sus padres refieren que tras comienzo de terapia con EMDR ha presentado una exacerbación de la sintomatología, realizando una carta donde expone su intención así como se despide de ellos. La paciente está en tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico desde hace 5 años, sin presentar mejoría, refiriendo que este es el motivo de su ideación.

Refiere dos intentos previos, que precisaron de ingreso en planta de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil.

**Conclusiones:** La paciente presenta sintomatología de TEPT crónico, sin mejoría significativa de la sintomatología pese a diversos tratamientos. Se

plantea intervención en crisis y se repasa la trayectoria de la paciente y las diversas intervenciones. Ante la reagudización de la sintomatología pese a encontrarse en un entorno distinto con buen apoyo y nuevas amistades, se plantean nuevas estrategias terapéuticas. En pacientes con TEPT causado por acoso escolar, hay que valorar realizar intervenciones enfocadas a que los pacientes avancen hacia la superación y afrontamiento desde una posición distinta a la víctima y enfermedad. El presente caso pretende describir los fracasos terapéuticos y la necesidad de nuevos abordajes para este tipo de pacientes.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruby E. et al. Prevention of suicidal behavior in adolescents with post-traumatic stress disorder. *Int J Adolesc Med Health*. 2013; 25(3):283-93. doi: 10.1515/ijamh-2013-0064.
2. Mardomingo Sanz MJ, Soutullo Esperon C. *Manual de Psiquiatría del Niño y el adolescente*. Panamericana 2009.

#### PSICOSIS DE INICIO TEMPRANO: ¿ES POSIBLE PREDECIR SU APARICIÓN?

*Juncal Ruiz María.*

*Filiación: Servicio Psiquiatría. Hospital Universitario Marques Valdecilla . Santander. Cantabria. mjuncal11@mail.com*

*Payá González, Beatriz*

*Unidad de Psiquiatría y Psicología Infanto-juvenil . Servicio Psiquiatría. Hospital Universitario Marques Valdecilla . Santander. Cantabria; IDIVAL; bpaya@humv.es*

*Castro Fornieles, Josefina*

*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-juvenil, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínico de Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM.; JCASTRO@clinic.cat*

*González-Pinto A*

*Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Alava. CIBERSAM.; anapinto@telefonica.net Graell Berna, Montserrat.*

*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. H. Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. CIBERSAM; montserrat.graell@salud.madrid.org*

*Arango López Celso.*

*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-juvenil, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, Madrid; carango@hggm.es*

#### RESUMEN

**Introducción:** Dada la importancia de la intervención temprana en el pronóstico y la respuesta de los tratamientos, la mejora de la detección precoz de las psicosis adquiere un papel prioritario en las intervenciones preventivas de estos trastornos.

**Material y Métodos:** En una cohorte de niños y adolescentes con un primer episodio psicótico y en un grupo control sano se recogieron diferentes variables socio- demográficas y premórbidas: ajuste premórbido global, aspectos académicos y sociales en infancia y adolescencia temprana, cociente intelectual, alteraciones del desarrollo y complicaciones obstétricas

Para identificar las variables que mejor predecían el riesgo de psicosis en esta muestra se realizó un análisis de regresión logística multivariante empleando el método de selección automática de variables “condicional hacia atrás” donde se introdujeron aquellas variables que en los análisis univariantes alcanzaron una significación menor a 0,25. Con el objetivo de evaluar la capacidad predictiva del modelo se realizó posteriormente un análisis de curva ROC

**Resultados:** El análisis multivariante seleccionó cinco variables: años estudio de los padres, capacidad intelectual, estatus socioeconómico, relación con compañeros en el periodo de la infancia y adaptación al colegio en el periodo de la adolescencia tardía como el conjunto final de variables que mejor predicen el desarrollo de psicosis y que podrían considerarse como un perfil de riesgo de desarrollo a un trastorno psicótico.

El nivel de significación menor a 0,05 en cada una de las variables analizadas indica que son variables predictoras de riesgo de psicosis también de forma independiente.

El análisis de curva ROC, encuentra un área bajo la curva de 0,94, lo que indica un alto valor predictivo.

**Conclusiones:** El conjunto de las cinco variables constituido por los años de estudio de los padres, la capacidad intelectual del paciente, el estatus

socioeconómico, la relación con los compañeros durante el periodo de la infancia y la adaptación al colegio en el periodo de la adolescencia tardía, tiene una alta capacidad en nuestra muestra para discriminar entre población con riesgo de psicosis y población sana, se necesitan futuros estudios que ayuden a diferenciar población con psicosis de otras poblaciones con enfermedad mental.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P., & Croudace, T. (2005).
2. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry*, 62(9), 975-983.
3. Golembo-Smith, S., Schiffman, J., Kline, E., Sorensen, H. J., Mortensen, E. L., Stapleton, L., et al. (2012). Premorbid multivariate markers of neurodevelopmental instability in the prediction of adult schizophrenia-spectrum disorder: a high-risk prospective investigation. *Schizophr Res*, 139(1-3), 129-135
4. Perrin, M. A., Chen, H., Sandberg, D. E., Malaspina, D., & Brown, A. S. (2007). Growth trajectory during early life and risk of adult schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 191, 512-520.
5. Tarbox, S. I., Addington, J., Cadenhead, K. S., Cannon, T. D., Cornblatt, B. A., Perkins, D. O., et al. (2013). Premorbid functional development and conversion to psychosis in clinical high-risk youths. *Dev Psychopathol*, 25(4 Pt 1), 1171-1186.

### LAS PASTILLAS DE LA ATENCIÓN NO ME FUNCIONAN

Gómez González, Cristina Luz  
*Residente de Psiquiatría en el Hospital Universitario de San Juan de Alicante.*  
Barragán Ortiz, Josefa  
*Médico Psiquiatra en USMI-J Cabo Huertas (Alicante).*  
Fenollar, Francisco Miguel  
*Médico Psiquiatra en USMI-J Cabo Huertas (Alicante).*

### RESUMEN

**Introducción:** El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es el trastorno psiquiátrico

más frecuente en la infancia. Se trata de un proceso crónico con una alta comorbilidad que va a influir en el funcionamiento del individuo tanto en la infancia y adolescencia como en la edad adulta. La comorbilidad de este trastorno con otros es elevada, de hasta un 54% con un Trastorno Depresivo mayor (TDM) en algunos estudios.

Por otro lado, el trastorno depresivo mayor (TDM) en niños y adolescentes es un trastorno común y discapacitante, a menudo recurrente, que persiste hasta la edad adulta y se ha asociado a disfunción familiar, social y escolar y a la conducta suicida.

**Material y Métodos:** Se revisa y estudia un caso visto y seguido en una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.

**Resultados:**

Se trata de una paciente de 15 años con diagnóstico de TDAH, en tratamiento con metilfenidato de liberación inmediata y buen control de la sintomatología. El paciente refiere que lleva unas semanas más inatento, con peor rendimiento escolar, apatía y anergia, creyendo que se debe a que su tratamiento ya no es efectivo. No identifica ningún desencadenante en un principio. Es hijo único, y vive con los abuelos, siendo éstos los cuidadores ya que su madre había perdido la custodia cuando el paciente era pequeño por enfermedad mental y su padre no había estado presente. Pese a la insistencia del paciente en culpar a su TDAH tras la entrevista se identifica sintomatología depresiva franca, por lo que se decide introducir tratamiento con antidepresivo y abordaje psicoterapéutico.

**Conclusiones:** El paciente tras varias semanas se encuentra mejor. Refiere mejoría en todas las áreas, incluido el estudio pese al mantenimiento de la dosis de metilfenidato. El presente caso nos recuerda que en pacientes con TDAH va a ser en ocasiones difícil el diagnóstico diferencial de las posibles comorbilidades. Tendremos que tener en cuenta toda la situación y no solo la sintomatología que él identifica como tal, especialmente en la etapa adolescente.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mardomingo Sanz MJ, Soutullo Esperon C. Manual de Psiquiatría del Niño y el adolescente. Panamericana 2009.

- De la Peña F. et al. Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. Salud Mental 1999.

### ESTUDIO POBLACIONAL DEL TEST DE ATENCIÓN SELECTIVA Y SOSTENIDA (TASS): FORMAS A Y B

*Batlle Vila, Santiago*

*Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD). CSMIJ Sant Martí-La Mina / CSMIJ Ciutat Vella. Parc de Salut Mar, Barcelona.*

*Departament de Psiquiatria i Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)*

*Bleda Hernández, Maria José*

*Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)*

*Camprodon Rosanas, Ester*

*Hospital Sant Joan de Déu. CSMIJ El Garraf. Vilanova i La Geltrú, Barcelona.*

*Vilar Garcés, Anna*

*Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD). CSMIJ Sant Martí-La Mina. Parc de Salut Mar, Barcelona.*

*Tobías Garcés, Aurelio*

*Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)*

*Martín López, Luis Miguel*

*Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD). CSMIJ Sant Martí-La Mina / CSMIJ Ciutat Vella. Parc de Salut Mar, Barcelona.*

*Departament de Psiquiatria i Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)*

#### RESUMEN

**Introducción:** El Test de Atención Selectiva y Sostenida (TASS) es un test de cancelación de papel y lápiz diseñado para medir atención visual en población infanto-juvenil. Está constituido por 5 formas y 4 colores combinados, obteniendo 20 figuras, las cuales se han distribuido aleatoriamente en cada una de las filas que componen el test. Se ha dividido en dos formas de presentación de acuerdo con los grupos de edad comprendidos entre 4-7 años (TASS-A) y de 8 años en adelante (TASS-B). Un estudio anterior (presentado en este mismo congreso) pone de relieve que el TASS es un instrumento válido capaz de discriminar el funcionamiento atencional en

niños, diferenciándolos en la presencia o ausencia de problemas atencionales propios del TDAH, así como también muestra sensibilidad a las mejoras clínicamente observadas después del tratamiento farmacológico.

**Objetivo.** Realizar un estudio poblacional y ver el comportamiento del TASS y sus perfiles en las diferentes edades.

**Material y Métodos:** Se realiza un estudio descriptivo de las principales puntuaciones obtenidas al TASS en una muestra de 1.319 niños y jóvenes de edades entre 4 y 16 años, procedentes de población escolar con una selección estratificada en función de núcleos de población grandes, medianos y pequeños, y curso académico. Se utilizan estadísticos de centralidad y variabilidad para describir las variables cuantitativas según la forma de su distribución.

**Resultados:** Se presenta la estimación de los valores predichos a partir de los modelos longitudinales de Poisson y también los datos descriptivos de las variables más relevantes para cada edad para los 2 modelos de TASS. También se han estimado las diferencias de los valores marginales predichos de cada modelo por edades contiguas, para TASS A y B, tanto edad # minuto como minuto # edad. Para el TASS-A se da un efecto techo a los 6 años; no habiendo diferencias con los de 7 años. Para evitar el efecto techo partir de los 7 años se aplicará el TASS-B. Se presenta, a modo de ejemplificación, alguna mesa de los baremos obtenidos: variable-edad.

**Conclusiones:** Las variables del TASS se muestran sensibles a los cambios de edad, obteniendo puntuaciones que mejoran a medida que aumenta la edad de los sujetos.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batlle S, Tomás J. Evaluación de la Atención en la Infancia y la Adolescencia: diseño de un test de atención selectiva y sostenida. Estudio Piloto. Revista de Psiquiatria Infanto-juvenil 1999; 3: 142-148.
- Rabe-Hesketh S. and Skrondal A. Multilevel and Longitudinal Modeling Using Stata, Volume I: Continuous Responses, third Edition. Stata Press, Texas, 2012.

## TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA SILENCIOSO EN PACIENTE CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO RESISTENTE A TRATAMIENTO. CASO CLÍNICO

*Paloma Alonso Álvarez*

*Psiquiatra, Hospital Sant Joan de Dèu. Mail: palalonso@hotmail.es*

*Prieto Toribio, Tania*

*Psiquiatra, Hospital materno-infantil Sant Joan de Dèu.*

*Villar Cabeza, Francisco*

*Psicólogo clínico, Hospital materno-infantil Sant Joan de Dèu.*

*González Gómez, Jana*

*Psiquiatra, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.*

### RESUMEN

**Introducción:** A pesar de las similitudes sustanciales entre la fisiopatología de los Trastornos Obsesivo Compulsivos (TOC) y Trastornos del espectro Autista (TEA), se conoce poco a cerca de la comorbilidad de estos dos trastornos. Estudios recientes muestran que el riesgo de diagnóstico tardío de TOC en pacientes con TEA han aumentado el doble. Una historia personal de TOC multiplica por cuatro el riesgo de diagnóstico tardío de TEA. El riesgo de no diagnosticar TEA en pacientes TOC se observa principalmente en subtipos de TEA que sobretodo presentan alteraciones en la interacción social. El objetivo de esta propuesta, por tanto, sería resaltar la comorbilidad TEA-TOC en pacientes con respuesta parcial al tratamiento o mala evolución.

**Material y Métodos:** Se presenta el caso de un chico de 17 años con diagnóstico previo de TOC, que presentaba ideas intrusivas de contaminación y compulsiones de limpieza, y que precisó de ingreso hospitalario ante una respuesta escasa al tratamiento con Terapia Cognitivo Conductual y varias líneas de psicofármacos (Sertralina 200 mg/día, Clomipramina 150 mg/día, también en combinación con Sertralina a dosis plenas, y Risperidona 4,5 mg/día) con importantes efectos secundarios: rigidez, boca seca, aumento de peso y temblor. Se consideró un posible diagnóstico comórbido de TEA ante la presencia de dificultades en la interacción social, escasa

reciprocidad en la entrevista, poca variación de tono en el discurso, intereses restringidos y rituales de limpieza asociados a ideas de contaminación (sólo con personas fuera de su familia). Por tanto, además de realizar un abordaje psicofarmacológico (reducir Risperidona, cambio de Clomipramina a Sertralina a dosis de 200 mg/día) y realizar una exposición progresiva, se aplicó la entrevista diagnóstica ADI-R (aplicada a familiares, de forma estandarizada y semiestructurada) y el instrumento de valoración ADOS-2 (evaluación de la comunicación, interacción social y juego).

**Resultados:** Los resultados obtenidos con ambas herramientas diagnósticas confirmaron la comorbilidad presente entre TEA y TOC, por lo que se inició un abordaje específico para la sintomatología propia de TEA, mejorando el paciente clínicamente de forma sustancial.

**Conclusiones:** Aproximadamente el 70 % de los niños con TEA tienen una patología mental comórbida y una alta prevalencia de rasgos autistas ha sido encontrada en muestras de niños y adultos con TOC. Sería posible el solapamiento neurobiológico entre los dos diagnósticos, apoyado también por la evidencia de asociación entre TEA y TOC en estudios de familias y algunos ensayos clínicos con respuesta positiva a tratamiento con ISRS en TEA.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sandra M Meier, Liselotte Petersen, Diana E Schendel, Manuel Mattheisen, Preben B Mortensen, Ole Mors., 2015. Obsessive-Compulsive Disorders and Autism Spectrum Disorders: Longitudinal and Offspring Risk. PLOS ONE | DOI:10.1371/journal.pone.0141703.
2. acob S, Landeros-Weisenberger A, Leckman JF., 2009. Autism spectrum and obsessive-compulsive disorders: OC behaviors, phenotypes and genetics. Autism Research 2(6): 293–311.
3. Cawkwell P, Lawler A, Maneta E, Coffey BJ., 2016. Staying Up at Night: Overlapping Bipolar and Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms in an Adolescent with Autism Spectrum Disorder. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology 26(1):74-7.
4. Ruta L, Mugno D, D'Arrigo VG, Vitiello B,

Mazzone L., 2010. Obsessive-compulsive traits in children and adolescents with Asperger syndrome. *European Child & Adolescent Psychiatry* 19(1):17-24.

### REPERCUSIÓN DEL ACOSO ESCOLAR EN LOS MENORES QUE ACUDEN A UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE SANTANDER

*González Gómez Jana,*  
 Médico especialista en psiquiatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria  
 janagonzalez@hotmail.es

*Gil Camarero Elena,*  
 Médico especialista en pediatría. Hospital de Laredo. Cantabria.

*Carral Fernández Laura*  
 Psicólogo clínico. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria

*Madrazo Rio Hortega Inés.*  
 Médico especialista en psiquiatría. Área de salud mental de Durango. Vizcaya.

*Muñoz Torres María Dolores*  
 Enfermera especialista de salud mental. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria

*Pérez Aller Nuria*  
 Enfermera especialista en salud mental. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria

#### RESUMEN

**Introducción y objetivos:** El acoso escolar o Bullying es fenómeno complejo, multicausal en el que intervienen variables individuales, del centro y sociales. Los estudios de índole nacional señalan que 1 de cada 5 estudiantes estaban involucrados en alguna situación de maltrato entre iguales,

ya sea como agresor, víctima o espectador.

El objetivo es cuantificar el problema de la violencia entre pares e identificar que patologías de las que atendemos en la unidad de salud mental se esconden detrás de estas situaciones con el fin de detectarlo y tratarlo adecuadamente.

**Métodos/Materiales:** Se realiza un estudio descriptivo incluyendo a los pacientes de ambos sexos que acudieron de forma consecutiva a la unidad especializada del

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, durante un periodo de cuatro meses. Un total de 198 pacientes entre 3 y 18 años derivados por cualquier patología. Cada paciente realizó una entrevista psiquiátrica y cuestionarios sociodemográficos.

**Resultados:** Los resultados muestran que el 25.0% (49) de los pacientes han sufrido alguna situación de acosos escolar, 26 (13%) de forma reiterada en el tiempo. Las patologías más relacionadas con estos antecedentes son el trastorno adaptativo (21%), la ansiedad (18,5%) y las alteraciones de conducta (16.9%). En el análisis por género y edad no ofrece diferencias estadísticamente significativa entre los menores que han sufrido acosos y los que no. El tipo de acoso más frecuente lo constituyen las agresiones verbales seguidas del hostigamiento psicológico, las agresiones físicas y en último lugar el cibebullying. En más de la mitad de los casos el menor no había comunicado previamente la situación y acudía por otro motivo a la consulta.

**Conclusión:** A pesar de la sensibilización social con esta problemática la mayor parte de las víctimas siguen ocultando lo ocurrido y acuden a las consultas de salud mental por manifestaciones clínicas secundarias a este acoso.

Para el clínico resulta fundamental el entrenamiento en detección inicial de psicopatología conociendo los factores de riesgo podemos ofrecer a la víctima la asistencia adecuada que favorezca el proceso de recuperación de estas situaciones traumáticas.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gini G, Pozzoli T. Association between bullying and psychosomatic problems: a meta-analysis. *Pediatrics* 2009; 123:1059-1065.

### ROGRAMA COMER-AMAR: SATISFACCIÓN CON UNA INTERVENCIÓN GRUPAL PARA PADRES Y PACIENTES CON TRASTORNO ALIMENTARIO

*Martínez Martínez Andrea*  
 (Enfermera Interna Residente Salud Mental en Hospital Provincial de Castellón de la Plana. Correo electrónico: andremartz@hotmail)

*Cuervo González Sara*  
(Psicóloga. Estudiante de Máster psicología Universidad  
Jaime I Castellón de la Plana)  
*Guinot Artero Carme*  
(Estudiante grado psicológica en la Universidad Jaime I  
Castellón de la Plana)  
*Llorca Díez Ginés*  
(Psicólogo clínico Unidad de Trastornos Alimentarios  
Castellón de la Plana)  
*Verdegal Branchadell Teresa*  
(Enfermera Unidad Trastornos Alimentarios Castellón  
de la Plana)  
*Carla Ramos Vidal*  
(Psiquiatra Unidad de hospitalización infanto-juvenil  
del Hospital Provincial Castellón de la Plana)

#### RESUMEN

**Introducción/Objetivos:** Las intervenciones grupales con padres de pacientes con TA son consideradas de gran utilidad por múltiples autores<sup>1</sup> para lograr una implicación familiar positiva en el tratamiento y ayudar a los padres a enfrentarse con las emociones y problemas provocados por el trastorno del hijo, siendo de gran importancia la salud mental de los cuidadores en la evolución del TA y por tanto realizar intervenciones específicas para ellos<sup>2,3</sup>.

El objetivo del presente trabajo es diseñar y medir la eficacia de un programa de intervención para familias con TA, introduciendo el concepto de mentalización para conseguir que los padres sean capaces de comprender el estado emocional de sus hijos, mejorar la comunicación familiar, y aprender a manejar conductas difíciles.

**Metodología:** La muestra la componen cuidadores y pacientes en tratamiento ambulatorio en la Unidad de Trastornos Alimentarios de Castellón.

Se efectuaron dos intervenciones grupales (cuidadores y pacientes), de cuatro sesiones de hora y media de duración cada una con frecuencia semanal. Se abarcaron los siguientes temas: Qué es un trastorno alimentario; tipos de cuidadores y función del síntoma; mentalización y apego; autoestima y comunicación. Al finalizar, se pasó un cuestionario de satisfacción de 12 ítems diseñado ad hoc.

**Resultados:** Participaron un total de 22 personas, siendo incluidas en el estudio 8 cuidadores y 10 pacientes. El 61.2% de los participantes acudieron a las

cuatro sesiones y el 38.8% a tres sesiones. Participaron 8 madres con edades comprendidas entre los 42 y los 58 años, y de pacientes, 9 mujeres con edades comprendidas entre los 14 y 47 años y un varón de 15 años. El 40% eran menores de 18 años, el 20% tenían de 18 a 25 y el 40% eran mayores de 25.

Se obtuvieron puntuaciones elevadas en la Escala de Satisfacción, obteniendo una media entre 6 y 8 en el 22.2% de los cuestionarios, entre 8 y 9 en el 33.3% y superior a 9 en el 38.8%.

#### Conclusiones:

1º Los participantes mostraron un alto interés, una gran participación, aprendieron y entendieron los conceptos trabajados y los intentaron llevar a cabo para mejorar la dinámica familiar.

2º Ha habido una elevada tasa de participación, el 61.2% de participantes acudió a las 4 sesiones.

3º La satisfacción con la intervención ha sido elevada tanto de los pacientes (8.2) como de los cuidadores (8.48), destacando puntuaciones notables o sobresaliente en el 77.7%.

4º Realizar intervenciones grupales es una buena forma de trabajar TA y abordar difíciles temas como: la comunicación familiar, pautas conductuales, relaciones de apego, mentalización y la autoestima.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Treasure, J., Smith, G. y Crane, A. (2015). Los trastornos de la alimentación. Guía práctica para cuidar de un ser querido. Bilbao: DDB.
2. Sepúlveda, A.R y cols. Factors associated with emotional well-being in primary and secondary caregivers of patients with eating disorders. *European eating disorders review* 2012. 20, 78-84.
3. Pla, V.; Moreno, E.; Fuentes-Durá, I. Evaluación de un programa psicoterapéutico para cuidadores de pacientes con TCA: Estudio piloto. *Informació psicològica* 2013. 106: 28-40.

#### ABORDANDO EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA DESDE LA PRIMERA INFANCIA. GRUPO PSICOTERAPÉUTICO”

*Aparicio Reinoso, Maria Teresa. Psiquiatra Infanto-Juvenil en CSM Leganés. Instituto Psiquiatrico José Germain.*

*Sanchez Berlangas, Juan Antonio. Psicólogo clínico en CSM Leganes. Instituto Psiquiatrico José Germain.*  
*Angeles Gil, Victoria. Psicólogo clínico en CSM Leganes. Instituto Psiquiatrico José Germain.*

### RESUMEN

**Introducción:** Debido al mayor numero de casos que acuden al Centro de Salud Mental derivados por pediatría, una mayor concienciación y preocupación por la patología mental en la primera infancia, el Grupo de Niños afectos de Trastorno del Espectro Autista surge ante la necesidad de creación de intervenciones específicas en el Centro de Salud Mental Infantil para el abordaje cuadros psicopatológicos graves.

Se realiza un trabajo psicoterapéutico mediante grupo reducido de pacientes afectos de Trastorno del Espectro Autista de 2-3 años de edad mediante psicoterapia de juego y consultas psicoterapéuticas con la familia y abordaje psicoeducativo. Del mismo modo se realiza un trabajo coordinado con pediatras, colegios, servicios sociales y otros recursos que estén interviniendo en el caso.

**Objetivo:** Dar a conocer el funcionamiento de nuestro grupo. Analizar la muestra de pacientes que han pasado por el grupo durante este periodo.

**Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo de 1 años de duración. Se evalúa intervención con: M-CHAT-R, inventario de desarrollo de Battelle, cuestionario IDEA y SDQ. Valorando resultados de la intervención psicoterapia de juego grupal al inicio, 6 meses y al año.

**Resultados:** Se seleccionan 4 niños de 2-3 años afectos de Trastorno del Espectro Autista, en su mayoría varones, con marcadas dificultades de compartir intereses, responder a estímulos, alteración en sueño, dificultades con la alimentación, alteraciones psicomotoras, lenguaje y desorganización emocional/conductual ante situaciones cotidianas. Resto de datos pendientes de analizar.

**Conclusiones:** En nuestra práctica hemos observado que una temprana detección de la patología mental infantil junto con una adecuada derivación a programas específicos en equipos de intervención precoz, donde se realiza un tratamiento intensivo, mejora la evolución y

pronóstico de estos pacientes, así como la relación global en los diferentes contextos de la vida cotidiana.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. La atención temprana en los trastornos del espectro autista (TEA). M. Araceli Sánchez-Rayaa, , Eduardo Martínez-Gualb, Juan A. Moriana Elviraa, Barbara Luque Salasa, Francisco Alós Cívicoa a Universidad de Córdoba, España b Fundación Termens, España. *Psicología Educativa* 21 (2015) 55-63 - Vol. 21 Núm.1 DOI: 10.1016/j.pse.2014.04.001
2. Bowly J. "Vinculos Afectivos: formación, desarrollo y perdida." Madrid. Morata, 1988.
3. Levorci S, Diatkine, R, Soula, M. "Tratado de Psiquiatría del niño y adolescente." Madrid. Biblioteca Nueva. 1988.
4. Rodriguez J. "Psicopatología del niño y del adolescente". Sevilla. Universidad de Sevilla 1995.
5. National Center for Clinical Infant Programs." Clasificación diagnóstica: 0-3." "Clasificación Diagnóstica de la Salud Mental y los desordenes en el desarrollo de la infancia y la niñez temprana." Barcelona: Ed. Paidós, Iberica, 1998.
6. Ajuriaguerra J. De y Marcelli D. (1982)." Manual de Psicopatología del niño." Barcelona: Ed. Toray-Masson.
7. Ajuriaguerra J. De, y otros (1970): "La Elección terapéutica en psiquiatría infantil. Barcelona: Ed. Toray- Masson.
8. Avila Espada, A. y Poch I Bullich (comp.) (1994). "Manual de tecnicas de Psicoterapia". Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.

### LA RELACIÓN ENTRE EL TEST DE LA MIRADA Y EL WISC-IV EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON SÍNDROME DE ASPERGER

*Peñuelas Calvo, Inmaculada*  
*Psiquiatra*  
*Fundación Jiménez Díaz. Madrid*  
*inmaculada.penuelas@quironsalud.es*  
*Sareen, Aditya*

*Psychiatry Research*  
*The Zucker Hillside Hospital, North Shore - Long Island*  
*Jewish Health System. Nueva York*  
*Fernández Berrocal, Pablo*  
*Catedrático de Psicología Básica*  
*Facultad de Psicología. Málaga.*

## RESUMEN

**Introducción:** Las dificultades en las relaciones sociales es una de las características principales en los trastornos autistas. La teoría de la mente (ToM) se describe como la capacidad de atribuir creencias, deseos, intenciones y perspectivas a otros y comprender que éstos son diferentes de los propios (1). La capacidad de leer las mentes de los demás es un requisito indispensable para comprender y predecir los comportamientos de los demás, lo que facilita la adaptación exitosa a diferentes entornos sociales (2). El test de la mirada (RMET) es una prueba ToM avanzada usada para evaluar el reconocimiento de emociones (3). Hay una considerable evidencia para sugerir que la mayoría de los niños diagnosticados con trastorno del espectro autista (TEA) han alterado el desarrollo de ToM (2,4).

La inteligencia cognitiva ha sido ampliamente estudiada entre las personas diagnosticadas con TEA. Varias escalas se han utilizado en la investigación del autismo para separar individuos de alto y bajo funcionamiento, con fines de diagnóstico diferencial y delinear el patrón de funcionamiento cognitivo (5).

El objetivo del estudio fue analizar la asociación entre el test de la mirada de Baron-Cohen (RMET) y los diferentes subtests de la escala Weschler de inteligencia para niños (WISC-IV), (6) incluyendo velocidad de procesamiento (VP), memoria de trabajo (MT), razonamiento perceptivo (RP) y comprensión verbal (CV) junto con la edad.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal en niños y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Asperger (SA). Cada participante fue evaluado incluyendo el rendimiento de RMET y los cinco subtests del WISC-IV. El estudio incluyó 84 participantes (92,9% varones) entre 6-16 años ( $M = 11,64 \pm 2,75$ ).

**Resultados:** Hubo una correlación positiva significativa entre la puntuación total RMET y CV ( $r = 0,209$   $p < 0,01$ ),

RP ( $r = 0,287$   $p < 0,01$ ), MT ( $r = 0,235$   $p < 0,01$ ), VP ( $r = -0,01$   $p < 0,01$ ) y CIT ( $r = 0,215$   $p < 0,01$ ). El análisis de regresión con la edad, mostró que las personas mayores tenían puntuaciones más altas para RMET que las personas más jóvenes.

**Conclusiones:** Los niños y los adolescentes diagnosticados con SA muestran una correlación débil a no correlación entre los diferentes subtests del WISC-IV y el RMET. Sin embargo, el mejor predictor de RMET después de controlar por edad y otros índices de WISC-IV fue el subtest de RP. Estos resultados sugieren que en niños y adolescentes con SA, el rendimiento en RMET es independiente del CIT.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Woodruff, G., Premack, D., & Kennel, K. (1978). Conservation of liquid and solid quantity by the chimpanzee. *Science*, 202(4371), 991-994. <http://doi.org/10.1126/science.202.4371.991>
2. Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness: An essay on autism and theory of mind*. Cambridge, MA: MIT Press/Bradford Books.
3. Baron-Cohen, S., Jolliffe, T., Mortimore, C., & Robertson, M. (1997). Another advanced test of theory of mind: evidence from very high functioning adults with autism or Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 38(7), 813-822.
4. Baron-Cohen, S., Tager-Flusberg, H., & Cohen, D. J. (Eds). (1993). *From attention-goal psychology to belief-desire psychology: The development of a theory of mind and its dysfunction*. In *Understanding Other Minds: Perspectives from Autism*. Oxford: Oxford University Press.
5. Goldstein, G., Allen, D. N., Minshew, N. J., Williams, D. L., Volkmar, F., Klin, A., & Schultz, R. T. (2008). The structure of intelligence in children and adults with high functioning autism. *Neuropsychology*, 22(3), 301-312.
6. Wechsler, D. (2003). *Wechsler intelligence scale for children, 4th edition (WISC-IV)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

## IMPACTO EMOCIONAL, FUNCIONAMIENTO Y SOBRECARGA FAMILIAR EN CUIDADORES DE NIÑOS DIAGNOSTICADOS DE TDAH

Peñuelas-Calvo, Inmaculada

(Psiquiatra infanto juvenil adjunta en Fundación

Jiménez Díaz, inmaculada.penuelas @quironsalud.es)

Miguélez-Fernández, Carolina

(Psiquiatra infanto juvenil adjunta en Fundación Jiménez

Díaz, carolina.mfernandez @quironsalud.es)

Baltasar-Tello, Itziar

(Psiquiatra infanto juvenil adjunta en Hospital Infanta

Elena, itziar.baltasar@quironsalud.es)

Vallejo Oñate, Silvia

(Residente de Psiquiatría en Fundación Jiménez Díaz,

svallejoonate@gmail.com)

Carballo, Juan José

(Psiquiatra infanto juvenil adjunto en Hospital

Universitario Gregorio Marañón)

Baca-García Enrique

(Psiquiatra, jefe de servicio de psiquiatría de Fundación

Jiménez Díaz, Hospital Infanta Elena, Hospital Rey Juan

Carlos y Hospital de Villalba)

### RESUMEN

**Introducción:** El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo más comunes, con una prevalencia estimada del 6% (1). Según criterios DSM-5, los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad deben aparecer antes de los 12 años de edad y estar presentes al menos en dos contextos diferentes (2). Existen escasos estudios previos que expliquen cómo la sintomatología de los pacientes afecta a la calidad de vida y funcionamiento familiar. El objetivo de nuestro estudio es valorar cómo la sintomatología de los pacientes con TDAH afecta al estado emocional de los progenitores y al funcionamiento y sobrecarga familiar.

**Material y Métodos:** Se analiza una muestra de 45 pacientes (15 TDAH con tratamiento farmacológico, 15 TDAH sin tratamiento farmacológico y 15 controles) con edades entre los 8 y los 12 años, 62.2% niños, atendidos en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil de la Fundación Jiménez Díaz. Los pacientes con TDAH debían cumplir criterios DSM-5. Los progenitores

rellenaron los cuestionarios presentados mediante metodología EMA (Evaluación momentánea ecológica), que presenta las ventajas de recoger información tanto del paciente como de los cuidadores vía web desde el propio ámbito familiar en tiempo real. Los cuestionarios aplicados serían: General Health Questionnaire-12 (GHQ-12), que valora la psicopatología de los progenitores; cuestionario Family Apgar que valora la percepción del funcionamiento familiar; escala Zarit que valora la sobrecarga subjetiva de los cuidadores en relación con el paciente, progenitor y funcionamiento familiar.

**Resultados:** Los padres del grupo de pacientes con TDAH sin tratamiento farmacológico obtienen peores puntuaciones estadísticamente significativas en las tres escalas. Realizando análisis de los ítems, en la escala GHQ-12, los ítems significativos fueron capacidad de concentración, alteración del sueño por preocupación y capacidad frente a sus problemas. En la escala Family Apgar los ítems significativos fueron adaptación, participación, crecimiento y resolución de problemas. En la escala Zarit los ítems significativos fueron vergüenza de la conducta de su familiar, falta de intimidad, pérdida de control de su vida y deseos de delegar el cuidado del familiar.

**Conclusiones:** La metodología EMA permite incorporar diferentes evaluaciones tanto para pacientes como para cuidadores y poder correlacionar ambas. Nuestros resultados apoyan los estudios previos sobre el impacto de la sintomatología TDAH en el funcionamiento y dinámica familiar. En las intervenciones dirigidas a pacientes con diagnóstico de TDAH, se debe tener en cuenta el abordaje familiar favoreciendo de esta forma un tratamiento integral en cada caso particular.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Polanczyk G, de Lima M, Horta B, Biederman J, Rohde L. The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164(6):942-948.
2. American Psychiatric Association, DSM-V. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.

## MITOLOGEMAS O DELIREMAS A PROPOSITO DE UN CASO

*Dra. Yamamoto Sara.*  
*Hospital Central de la Defensa (sara.yamamoto.c@  
hotmail.com)*  
*Dr. Mesian Idir.*  
*Hospital Universitario Niño Jesús-Madrid.*  
*Dra. Morón Goretti.*  
*Hospital Universitario Niño Jesús-Madrid.*  
*Dra. Ana Jiménez-Bidón.*  
*Hospital Universitario Virgen del Rocío-Sevilla.*  
*Dra. Beatriz Martínez.*  
*Hospital Universitario Niño Jesús-Madrid.*  
*Dra. Graell Montserrat.*  
*Hospital Universitario Niño Jesús-Madrid.*

**Introducción:** El psiquiatra español Ramón Sarró, desde un abordaje mítico-fenomenológico, realizó estudios exhaustivos de los temas recurrentes de la esquizofrenia, a los cuales denomina mitologemas o deliremas. Sarró estableció que la temática predominante de los delirios esquizofrénicos es mítico-religiosa, si bien la religiosidad del paciente esquizofrénico es pseudomística. Modernamente se han hecho trabajos donde se ha visto la influencia del pensamiento de Sarró y su relación y vigencia con la fenomenología psiquiátrica actual

**Material y Métodos:** Se expone un caso clínico valorado en la unidad de hospitalización de psiquiatría infanto-juvenil del Hospital Niño Jesús, se trata de una adolescente mujer de 16 años de edad, con discapacidad intelectual media, quien tras haber revivido un suceso traumático, presenta inquietud psicomotriz, discurso saltatorio, por momentos incoherente, ideación delirante de tinte mitológico (afirmando haberse enfrentado en el Olimpo con Hades al ser ella hija de Zeus) y megalomaniaco, así como sensación de transmutación de la corporeidad a diferentes animales, creyendo ser uno de ellos, imitándolos conductualmente, por ejemplo camina en 4 patas o aullar.

Ante la temática mitológica relatada por la paciente, realizamos una revisión al trabajo del psiquiatra español Ramón Sarró quien, realizó estudios exhaustivos de los temas recurrentes de la esquizofrenia.

**Resultados:** Se seleccionan y exponen los datos más importantes, tras la revisión bibliográfica en la web, sobre mitologemas o deliremas.

**Conclusiones:** Podemos decir que el análisis mitologemático de Sarró reúne una serie de características que procuran corregir buena parte de las omisiones en las que incurrieron tanto la psicopatología clásica como el psicoanálisis.

Es útil e importante diferenciar las experiencias religiosas normales de aquellas otras psicóticas. En el caso de estas últimas Sarró ofrece una explicación profunda y descriptiva, para la comprensión fenomenológica y entendimiento de dichas experiencias delirantes, basadas en un abordaje realista de la experiencia mítica de las mismas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez Urdániz A., Santos J.M, Bermejo Saiz B. Mitos y delirios: una reivindicación de Sarró. Actas Esp Psiquiatr 2012; 40(Supl. 2):119-25.
2. Sarró Maluquer R. Las formas elementares de la vida esquizofrénica: Las dos antropologías en el pensamiento de Ramón Sarró Burbano. Frenia, Vol. VI-2006

## IMPACTO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS MENORES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE SANTANDER

*González Gómez Jana,*  
*Médico especialista en psiquiatría. Hospital*  
*Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria*  
*janagonzalez@hotmail.es*  
*Gil Camarero Elena,*  
*Médico especialista en pediatría. Hospital de Laredo.*  
*Cantabria.*  
*Carral Fernández Laura*  
*Psicólogo clínico. Hospital Universitario Marqués de*  
*Valdecilla. Cantabria*  
*Madrazo Rio Hortega Inés.*  
*Médico especialista en psiquiatría. Area de salud mental*  
*de Durango. Vizcaya.*  
*Benito González Pilar*  
*Médico especialista en psiquiatría. Hospital*

*Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria*  
Gómez del Barrio, Andrés  
Médico especialista en psiquiatría. Hospital  
Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria

#### RESUMEN

**Introducción y objetivos:** Los adolescentes puede ser víctimas directas de la violencia de género además cualquier situación sobre la mujer afecta a los menores que se encuentran dentro de su entorno familiar siendo víctimas indirectas. La exposición puede conllevar consecuencias físicas (lesiones o retraso del crecimiento), alteraciones emocionales (TEPT, depresión, problemas de conducta), o problemas cognitivos (retraso en el lenguaje o escolar) y de forma secundaria problemas de vinculación o negligencia de cuidados.

El objetivo es identificar el alcance y las características del fenómeno de la violencia de género en los menores que frecuentemente se oculta e infradiagnostica dificultando el tratamiento.

**Métodos/Materiales:** Se realiza un estudio descriptivo incluyendo a los pacientes de ambos sexos que acudieron de forma consecutiva a la unidad especializada del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, durante un periodo de cuatro meses. (Entre 110-140 al mes) derivados por cualquier patología. Cada paciente realizó una entrevista psiquiátrica y cuestionarios sociodemográficos y una entrevista familiar.

**Resultados:** El 86.3% son revisiones y 13.7% derivaciones nuevas. Ligero predominio de varones 53.2%. La edad media fue de 11.3 años para los varones y 12.45 para las niñas. De los 73 casos nuevos solamente 3 fueron derivados por ser víctimas directas o riesgo de desprotección familiar por violencia. Sin embargo el 25.9% del total revelaba explosión a violencia de género, el 2.3% del total fueron víctimas directas (adolescentes mujeres). El 17.5% había convivido en un entorno de violencia del padre a la madre y el 6.1 % habían recibido maltrato físico por parte de alguno de sus progenitores en contexto de violencia de género. En el análisis por género y edad revela que en los menores las tasas son equiparables pero aumenta la incidencia en adolescentes del género femenino. Los motivos de consulta más habitual son los trastornos de conducta y los trastornos adaptativos.

**Conclusión:** Se estima que al menos 800.000 menores sufren sus consecuencias actualmente en España. No existe un seguimiento estadístico y frecuentemente pasa desapercibido.

Desde las USM es preciso realizar una evaluación global, trabajo desde los distintos ámbitos: social, escolar y familiar. Y realizando una tipo intervención individualizada según necesidades detectadas.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Holt, S., Buckley, H., Whelan, S. (2008), "The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature". Child Abuse & Neglect 32 (2008) 797-810

#### PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN PROBLEMAS DE CONDUCTA: IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA PROTOCOLIZADO DE ESCUELA DE PADRES

*del Moral Selma, Paula*  
Licenciada en Psicología por la Universidad Jaume I de Castellón.

Psicóloga con habilitación sanitaria, col. nº CV-13302  
Máster en Psicopedagogía, Especialidad en Necesidades Educativas Especiales por la Universidad Jaume I.

Título Experto en Evaluación e Intervención en Psicología Clínica Infantil y Adolescente por la Fundación Universidad-Empresa de la Universidad Jaume I.

Psicóloga adjunta en Clínica Lledó.

paula@clinicalledo.com

Antolí Meseguer, Ester

Licenciada en Psicología por la Universidad Jaume I.  
Máster en Desarrollo Infantil y Atención Temprana por la Fundación ADEIT, Universidad de Valencia.

Máster en Psicopatología, Salud y Neuropsicología por la Universidad Jaume I.

Psicóloga con habilitación sanitaria, Col. nº CV-09775.  
Coordinación del área de infancia y adolescencia en Clínica Lledó.

Iñiguez Recatalá, Lidia

Licenciada en Psicología por la Universidad Jaume I de

*Castellón.*

*Máster en Psicología General Sanitaria por la UNED.*

*Posgrado en desarrollo de la inteligencia emocional a través de técnicas artísticas-expresivas del IASE (Instituto Avanzado Salud y Educación).*

*Curso Posgrado en Psicología Forense por la Universidad de Barcelona.*

*Psicóloga adjunta en Clínica Lledó. Col. n° CV-13618*

*Torralba Pradas, Amparo*

*Licenciada en Psicología por la Universidad Jaume I*

*Psicóloga con habilitación sanitaria, Col. n° CV-07555*

*Coordinación del área psicología de adultos en Clínica Lledó*

## RESUMEN

Actualmente existe una alta prevalencia de los problemas de comportamiento en edades escolares pudiendo aparecer junto con otros trastornos frecuentes en la infancia, como el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, por lo que se observa una elevada demanda de intervención en este tipo de problemas.

Los trastornos relacionados con problemas de conducta tienen una negativa repercusión en el ámbito educativo, tanto en los procesos de enseñanza-aprendizaje y éxito escolar, como en la convivencia y relación en el contexto familiar, resultando necesaria la intervención en edades tempranas para poder disminuir estas conductas disruptivas.

Debido a la gran influencia que posee para los niños los estilos de crianza y las características personales de los padres, es necesario incluir escuelas de padres que ayuden a prevenir trastornos relacionados con el comportamiento perturbador. Esta intervención de tipo preventivo aporta a los padres conocimientos y herramientas útiles que les sirvan de ayuda en algún momento del desarrollo evolutivo de sus hijos, evitando la aparición de futuras conductas disruptivas.

Los asistentes podrán conocer el desarrollo de la aplicación de una adaptación del programa EDUCA, basado en la intervención cognitivo-conductual con una metodología psicoeducativa. Este programa está diseñado para mejorar los problemas habituales de conducta que presentan los niños, tales como la desobediencia, la negación o el incumplimiento de normas. Su aplicación se ha extendido a la intervención de trastornos del comportamiento perturbador, debido a los resultados positivos obtenidos y su fácil aplicación.

Se mostrarán los resultados obtenidos tras la aplicación del programa en la población a estudio, que corresponde a 6 familias de niños con edades comprendidas de 3 a 9 años, atendidos en Clínica Lledó. Estos resultados corresponden a las puntuaciones que dieron los padres en el sistema de evaluación BASC, acerca de los problemas de conducta que observaban en sus hijos, antes y después de la intervención.

Los resultados muestran cómo las familias, en general, perciben menos problemas de conducta tras finalizar la aplicación del programa, obteniendo una mejora significativa en las variables agresividad ( $p=0.014$ ) y problemas de conducta ( $p=0.045$ ). Finalmente, se pretende valorar la eficacia de este programa de entrenamiento a padres.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz Sibaja, M.A., Comeche Moreno, M.I. y Díaz García, M.I. (2009). Programa EDUCA. Escuela de padres. Educación positiva para enseñar a los niños. Madrid: Pirámide.
2. Díaz Sibaja, M.A., Trujillo, A., Peris Mencheta, L., Pérez Portas, L. (2008). Tratamiento de los problemas de conducta mediante un programa protocolizado de escuela de padres. *Revista de psiquiatría y de psicología del niño y adolescente*, 8 (1), 12-20.
3. Romero, E., Villar, P., Luengo, M.A., Gómez, A. y Robles, Z. (2013). EMPECEMOS. Programa para la intervención en los problemas de conducta infantiles. Madrid: TEA.
4. Reynolds, C.R. y Kamphaus, R.W. (2004). BASC: Sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes. Madrid: TEA.

## PERFIL MACI (MILLON) DE PACIENTES CON AUTOLESIONES (NUEVOS CASOS) EN USMI GRAN VIA CASTELLÓN DURANTE EL AÑO 2016

*Colomina Llobell, Cristina*

*Psicóloga Interna Residente. Hospital La Plana. Villa Real, Castellón. cristi\_colo@hotmail.com*

*Navarro Martínez, Jose Antonio*

*Médico Interno Residente en Psiquiatría. Hospital General Universitario. Castellón*

*Iglesias Barrachina, Josefa*

*Facultativa Especialista en Psicología Clínica. Unidad de Salud Mental Infantil Gran Vía. Hospital General Universitario. Castellón.*

*Agüero Ramon-Llin, Cristina*

*Facultativa Especialista en Psiquiatría. Unidad de Salud Mental Infantil Gran Vía. Hospital General Universitario. Castellón.*

*Querol Cortés, M<sup>a</sup> Teresa*

*Facultativa Especialista en Psicología Clínica. Unidad de Salud Mental Infantil Gran Vía. Hospital General Universitario. Castellón.*

## RESUMEN

**Introducción:** En la Unidad de Salud Mental Infantil (USMI-1) de Castellón se ha obtenido una incidencia de autolesiones del 3.6% durante el 2016. Dada la gravedad de este tipo de gestos parece especialmente relevante identificar características comunes en este subtipo de pacientes. El objetivo del presente estudio es obtener un perfil similar de características de personalidad que ayude a los profesionales a detectar y tratar precozmente a este tipo de población (prevención secundaria)

**Material y Métodos:** La muestra de estudio está formada por 10 pacientes que han presentado por primera vez autolesiones y han sido atendidos en la USMI-1 durante el año 2016. A todos ellos se les ha administrado el Inventario clínico para adolescentes de Millon (MACI) 1. El rango de edad de estos pacientes es de 13 a 15 años, distribuidos en 1 varón y 9 mujeres.

**Resultados:** Utilizando como punto de corte puntuaciones Tasa Base superiores a 75, que identifican como presente o destacada una determinada característica, obtenemos los siguientes porcentajes en la muestra (ordenados según escalas MACI):

Prototipos de personalidad: Introverso (90%), Inhibido (70%), Pesimista (50%), Sumiso (40%), Histriónico (0%), Egocéntrico (0%), Rebelde (20%), Rudo (10%), Conformista (0%), Opositor (30%), Autopunitivo (40%), y Tendencia Límite (20%).

Preocupaciones expresadas: Difusión de identidad (70%), desvalorización de sí mismo (80%), Desagrado con el propio cuerpo (50%), Incomodidad respecto al sexo (10%), Inseguridad con los iguales (70%), Insensibilidad social (10%), Discordancia Familiar (30%) y Abusos en

la infancia (60%).

Síndromes Clínicos: Trastornos de la alimentación (50%), Inclinación al abuso de sustancias (30%), Predisposición a la delincuencia (10%), Propensión a la impulsividad (20%), Sentimientos de ansiedad (50%), Afecto depresivo (80%) y Tendencia al suicidio (70%).

**Conclusiones:** Los resultados del estudio sugieren que las características de personalidad que más destacan con gran preponderancia en los pacientes que se autolesionan son: la introversión y la inhibición seguidos de la sumisión, el pesimismo y la autopunición. Explicitan como preocupaciones principales la desvalorización propia, la difusión de su identidad y la inseguridad con los iguales, además de otros temas como son los abusos durante la infancia y el desagrado con su cuerpo. Los correlatos clínicos que más se asocian a la presencia de autolesiones son el afecto depresivo y la tendencia al suicidio, seguidos de los trastornos alimentarios y la ansiedad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Millon Y. Inventario Clínico para adolescentes de Millon. Madrid: TEA; 2004

## QUIEN FUI, SOY Y SERÉ. A PROPOSITO DE UN CASO

*Aparicio Reinoso, Maria Teresa.*

*Psiquiatra Infanto -juvenil . CSM de Leganes. Instituto Psiquiatrico Jose Germain. Madrid.*

## RESUMEN

**Introducción:** Presentación del caso de un niño afectado de TDAH y elevadas dificultades en su entorno social, escolar y residencial.

**Objetivos:** Aprovecharemos el caso clínico para revisar la patología y los factores ambientales que influyen en su génesis.

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

**Resultados:** A pesar de compartir características comunes con el resto de pacientes afectados por TDAH. La

comorbilidad con trastorno del vínculo, hace necesaria una adecuada intervención precoz y valoración de los factores psicosociales que pueden estar influyendo en el mantenimiento de la psicopatología y dificultades asociadas.

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

**Conclusiones:** EL TDAH es un trastorno prevalente en nuestra sociedad, de origen multifactorial con base biológica ampliamente estudiada. Los factores genéticos de riesgo explican el 70-80% de la variabilidad y los factores ambientales responden del 20-30% de la variedad fenotípica observada. Un adecuado diagnóstico a una edad temprana puede mejorar el pronóstico y la disfunción compleja que afecta al paciente y su sistema relacional.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Josep Antoni Ramos-Quiroga, Eva Calvo-Sanchez, Pol Ibañez-Jimenez, Vanesa Richarte, Marta Ribasés. Implicaciones y aplicación de la genética en la psicofarmacología del TDAH. Cesar Soutullo. Guía esencial de psicofarmacología del niño y del adolescente. 2ª edición. Madrid. Panamericana. 2017. pag 33-43.
2. Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH. Soutullo, C. y Díez, A. (2007). Ed. Médica Panamericana.
3. IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012. D.1 Attention deficit hyperactivity disorder (1353 KB PDF)
4. Tais S Moriyama, Aline J M Cho, Rachel E Verin, Joaquín Fuentes & Guilherme V Polanczyk

#### TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN EL SÍNDROME DE PRADER WILLI

*Gálvez Andrés, Ana*

*Psiquiatra en equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid. E-mail: ana.galvez@salud.madrid.org*

*Burillo Traid, Carolina.*  
*Psiquiatra en equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil*

*Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid. E-mail: carolburillo@hotmail.com*

#### RESUMEN

**Introducción.** Las alteraciones genéticas que originan el Síndrome de Prader Willi tienen como causa común la pérdida o inactivación de genes paternos en la región 15q 11-q 13 del cromosoma 15. Existe un fenotipo conductual asociado que incluye hiperfagia, conductas obsesivo-compulsivas, conducta disruptiva, además un riesgo más elevado para sufrir trastornos del humor.

Las evidencias más recientes sugieren también que algunos individuos con SPW presentan conductas repetitivas y estereotipadas, así como déficits sociales muy similares a los que se producen en el Trastorno del Espectro Autista.

**Material y Métodos.** Presentamos un caso al que se diagnosticó en etapa infantil de un Síndrome de Prader Willi y que cumple, además, criterios diagnósticos de Trastorno del Espectro Autista. Realizamos revisión bibliográfica con el objetivo de establecer qué relación existe entre el Síndrome de Prader Willi y el Trastorno del Espectro Autista.

**Resultados.** En los estudios existentes en la literatura científica los individuos que padecen Síndrome de Prader Willi demostraron niveles significativos de conductas repetitivas y estereotipadas y déficits en la cognición social, incluso en algunos estudios alcanzando los mismos niveles de aquellos individuos de grupos control diagnosticados únicamente de Trastorno del Espectro Autista

**Conclusión.** Dado que hay evidencia científica de que existe un riesgo más alto de que los individuos diagnosticados de Prader Willi presenten un Trastorno del Espectro Autista que la población general, debería contemplarse en la práctica clínica el estudio de marcadores tempranos de síntomas del espectro autista en individuos con SPW, con el objeto de realizar un diagnóstico e intervención más precoz. Serían necesarios nuevos estudios para aclarar un posible origen genético compartido en la patogénesis de SWP y TEA.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dimitropoulos A, Schultz RT. 2007. Autistic-like

symptomatology in Prader-Willi syndrome: A review of recent findings. *Curr Psychiatry Rep* 9:159–164.

2. Flores CG, Valcante G, Guter S, Zaytoun A, Wray E, Bell L, Jacob S, Lewis MH, Driscoll DJ, Cook EH Jr, Kim S-J. 2011. Repetitive behavior profiles: Consistency across autism spectrum disorder cohorts and divergence from Prader-Willi syndrome. *J Neurodev Disord* 3:316–324.
3. Greaves N, Prince E, Evans DW, Charman T. 2006. Repetitive and ritualistic behaviour in children with Prader-Willi syndrome and children with autism. *J Intell Disabil Res* 50:92–100
4. Bennett JA, Germani T, Haqq AM, Zwaigenbaum L. Autism spectrum disorder in Prader-Willi syndrome: A systematic review. *Am J Med Genet A*. 2015 Dec;167A(12):2936-44

## FACTORES QUE AFECTAN A LA ADAPTACIÓN DE LOS ADOLESCENTES EN EL PROCESO DE REUNIFICACIÓN FAMILIAR TRAS UNA INMIGRACIÓN POR FASES DESDE EL MODELO DE INMIGRACIÓN AMERICANA

*Vilaplana Pérez, Alba.*

*Psicóloga Interna Residente, 4º año en Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva.*

*Máster en intervención en Psicología Clínica y de la Salud (2007) y en Avances en Investigación en Psicología Clínica y de la Salud (2012). Ha trabajado como psicóloga anteriormente a la residencia en el Punto de Encuentro Familiar (Alcoy), en la sección del menor de la Conselleria de Benestar Social (Valencia) y en el centro de acogida municipal de familias inmigrantes de Grenoble (Francia).*

*Andreu Pascual, María.*

*Médico Interno Residente, especialidad psiquiatría. 4º año en Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva.*

*Sánchez Gil, Andrea.*

*Psicóloga Interna Residente, 2º año en Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva.*

*Gavarrell Sanfèlix, Carmen.*

*Psicóloga Interna Residente, 1º año en Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva.*

*Carimati, Roberta.*

*Psicóloga Interna Residente, 3º año en Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva.*

*Pérez Longás, Begoña.*

*Médico Interno Residente, especialidad psiquiatría. 1º año en Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva.*

### RESUMEN

**Introducción:** El proceso migratorio entre diferentes países es una realidad frecuente y cambiante. Uno de los procesos migratorios con mayores consecuencias es la llamada inmigración por fases, en la que uno de los miembros de la familia (padre o madre generalmente) realiza el viaje en primer lugar, produciéndose una separación con los hijos que derivará en consecuencias para ambas partes. Siguiendo como referencia el trabajo implementado en el “Roberto Clemente Center” (RCC) centro de excelencia de Nueva York que destaca por la inclusión de los factores culturales como componentes esenciales de la salud mental y comunitaria de población inmigrante latinoamericana, se describen los factores recogidos en la literatura que agravan la experiencia traumática del proceso de inmigración por fases vivido por los adolescentes.

**Material y métodos:** Revisión de la literatura científica relacionada con el proceso de inmigración hacia Estados Unidos desde Latino-América.

Observación cualitativa de casos clínicos de adolescentes atendidos en el RCC durante la estancia de la autora en dicho centro.

**Resultados:** De la muestra de pacientes atendidos por el RCC, los adolescentes en proceso de reunificación presentan un mayor porcentaje de crisis en comparación con el resto de intervalos de edad. De los factores que propician esta realidad y que se han recogido en la literatura y han sido observados en casos del centro, destacan los siguientes:

La “feminización de la inmigración” (McGuire, 2007) de las últimas décadas, siendo las mujeres, madres, las que emigran en primer lugar.

La duración de la separación.

La edad de los hijos en el momento de la separación y de la reunificación.

La relación establecida entre los padres, hijos y cuidadores en el país de origen, conocido como el

“triángulo transnacional” (Falicov, 2007) el cual influye en la narrativa sobre la separación transmitida al adolescente.

El grado de integración a la comunidad de acogida de los padres.

El grado preexistente de enfermedad mental en la familia.

Estructura familiar en la reunificación.

La aproximación terapéutica que mayor eficacia reporta es la terapia familiar sistémica así como la intervención comunitaria, con programas multifamiliares de padres y grupos de adolescentes (Guraiguata, 2011).

**Conclusiones:** La intervención familiar y comunitario de integración en el país de acogida de los adolescentes tempranos, período más vulnerable para la reunificación, requiere de intervenciones específicas que les ayuden a procesar la experiencia traumática de una separación temprana del cuidador principal.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Falicov, CJ. Working with transnational immigrants: Expanding meanings of family, community and culture. *Family process* 46(2) 2007 p.157-171.
2. Guariguata, I. Rupture and reunification: coping with immigration-related separation in early adolescence. *The Silverman journal of study of social work*. Spring. 2011.
3. McGuire, S. & Martin, K. Fractured migrant families: Paradoxes of hope and devastation. *FAMILY COMMUNITY HEALTH*, 30(3), 2007 p178-188.

## SÍNDROME DE WILLIAMS Y PSICOPATOLOGÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Molina García, Auxiliadora  
FEA Psiquiatría, Centro de Salud Mental de Parla (Madrid), programa infanto-juvenil  
auxiliadora.molina@yahoo.es  
Álvarez-Arenas Alcamí, Julia  
MIR Psiquiatría Hospital Universitario Infanta Cristina de Parla

## RESUMEN

**Introducción:** El síndrome de Williams es un trastorno genético del neurodesarrollo (deleción de genes en la banda cromosómica 7q11.23) que ocurre en 1 de cada 7.500 recién nacidos vivos y que se caracteriza por rasgos faciales característico, retraso mental leve o moderado, alteraciones cardiovasculares y endocrino-metabólicas (estenosis aórtica supravalvular e hipercalcemia principalmente). Su personalidad se puede definir como amigable y muy social. Tienen tendencia a presentar problemas emocionales y del comportamiento y son frecuentes la hiperactividad, la ansiedad y fobias que pueden precisar tratamiento farmacológico.

**Material y Métodos:** Se expone el caso clínico de un paciente de 16 años de edad con diagnóstico de Síndrome de Williams (retraso madurativo global, lenguaje escaso, torpeza psicomotriz inicial y retraso generalizado) que durante el tiempo de seguimiento en los Servicios de Salud Mental de Parla presentó trastornos de conducta con inquietud psicomotriz importante y comportamientos obsesivos-compulsivos asociados. Discurso empobrecido, repetitivo que gira en torno a sus intereses. Demanda de forma insistente lavadoras, un ordenador o un móvil para poder buscar en internet imágenes de lavadoras o ir a una tienda de electrodomésticos y verlas, pide que se le regalen lavadoras de juguete o “una Balay”, en el domicilio quiere acceder a la lavadora continuamente, pregunta a la gente si tienen en casa,... Con el inicio de la adolescencia se añaden además alteraciones conductuales, nerviosismo, hiperactividad, falta de control de impulsos, cierta actitud opositora y desafiante con las figuras de autoridad, baja tolerancia a la frustración, gestos amenazantes con heteroagresividad física hacia objetos y personas,... a veces ante la negativa de acceder a sus peticiones sobre cuestiones relacionadas con lavadoras.

**Resultados:** La etapa evolutiva (adolescencia) y determinadas circunstancias familiares (separación de los padres, sintomatología depresiva de la madre) han podido contribuir en la aparición de la sintomatología descrita. Se han pautado diversos tratamientos farmacológicos durante el tiempo de seguimiento, alcanzándose una respuesta sólo parcial al tratamiento con Fluoxetina y Aripiprazol. Actualmente el paciente presenta una estabilidad clínica, desde el punto de vista

psicopatológico, con mejoría de sintomatología y buena respuesta terapéutica al tratamiento con Risperidona y Oxcarbazepina.

**Conclusiones:** Los pacientes con Síndrome de Williams pueden presentar distintos cuadros psiquiátricos como trastornos conductuales y de ansiedad que pueden requerir la toma de tratamiento farmacológico.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rowena NG., Järvinen A., Bellugi U.; Characterizing associations and dissociations between anxiety, social, and cognitive phenotypes of Williams syndrome; *Res Dev Disabil.* 2014 Oct; 35(10)
2. Borden J.W., Kistler D.J., Henderson D.R., Crawford N.A., Mervis C. B.; Longitudinal Course of Anxiety in Children and Adolescents with Williams Syndrome; *Am J Med Genet C Semin Med Genet*, 2010 May 15; 154C(2): 277–290
3. Leyfer O.T., Woodruff-Borden J., Klein-Tasman B. P., Fricke J S., Mervis C. B.; Prevalence of Psychiatric Disorders in 4 - 16-Year-Olds with Williams Syndrome; *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*; 2006 Sep 5; 141B(6): 615–622

### APEGO, MALTRATO Y DESREGULACIÓN EMOCIONAL EN UNA MUESTRA CLÍNICA DE ADOLESCENTES

Llorens Ruiz, Iván

(Licenciado en Psicología por la Universitat Jaume I, Psicólogo Interno Residente R2, Hospital Universitario Institut Pere Mata, ivanllorensrui@gmail.com; llorensi@peremata.com)

Martínez Pinar, Dina

(Psicóloga Especialista en Psicología Clínica, Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Tarragona, Hospital Universitario Institut Pere Mata)

San Martín Águila, Esmeralda

(Psicóloga Especialista en Psicología Clínica, Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Reus, Hospital Universitario Institut Pere Mata)

Martín Alonso, Sonsoles

(Psicóloga Especialista en Psicología Clínica, Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Tarragona, Hospital

Universitario Institut Pere Mata)

López Seco, Fernando

(Psicólogo Especialista en Psicología Clínica, Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Reus, Hospital Universitario Institut Pere Mata)

Gutiérrez-Zotes, Alfonso

(Psicólogo Especialista en Psicología Clínica, Clínica Psiquiátrica Universitaria-Unidad de Agudos, Hospital Universitario Institut Pere Mata)

### RESUMEN

**Introducción:** Se muestran los resultados preliminares y exploratorios descriptivos de una muestra clínica de 31 adolescentes entre 13 y 17 años del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Reus con el objetivo de analizar la influencia de variables relacionadas con el maltrato y las representaciones de apego en áreas sintomáticas del Trastorno Límite de Personalidad (TLP).

**Material y Métodos:** Muestra de 31 pacientes mayores de 13 años con rasgos TLP (clínica de inestabilidad emocional, impulsividad y autolesiones) derivados a grupo de regulación emocional con programa STEPPS adaptado, siendo criterios de exclusión tener Retraso mental, psicosis, conductas disociales graves y adicción a sustancias. Se administraron las pruebas DIB-R (Entrevista diagnóstica para Trastorno Límite revisada) CTQ (Childhood Trauma Questionnaire), CaMir-R (Cuestionario de apego versión reducida), PAI-A (Inventario de evaluación de la Personalidad para adolescentes), BIS-11 (Escala de impulsividad de Barrat). Se realizaron análisis descriptivos mediante el programa estadístico SPSS 19.0.

**Resultados:** De la muestra total, un 67'7% cumple criterios para TLP según la DIB-R. La proporción de apego medida con CaMIR es de 62'1% en Apego Evitativo, seguido por un 34'5% de Apego Preocupado y un 3'4% de Apego Seguro. Las puntuaciones en CTQ, tomando como punto de corte maltrato "moderado/severo", son significativamente mayores en los subtipos de Abuso Emocional y Negligencia Emocional tanto en sujetos que cumplen criterios para TLP como en la muestra total. Estos dos subtipos de maltrato son los más frecuentes tanto en sujetos con Apego Evitativo como Preocupado, no habiendo presencia de maltrato entre los sujetos con Apego Seguro. Asimismo, en la muestra total

se reflejan elevadas puntuaciones ( $PT > 65$ ) en PAI-A en escalas principales como Quejas Somáticas, Ansiedad, Depresión, Paranoia, Rasgos límites e Ideación Suicida; y en subescalas de TLP, con mayor apuntamiento en Apego Evitativo y Preocupado. La puntuación total de impulsividad en BIS-11 es mayor entre los sujetos que cumplen criterios para Trastorno Límite de la Personalidad y en los que han sufrido maltrato en los subtipos de Abuso Emocional y Negligencia Emocional, no habiendo diferencias teniendo en cuenta el tipo de apego.

**Conclusiones:** La presencia de maltrato, en concreto de Abuso Emocional y Negligencia Emocional está relacionada con la inseguridad del apego, con mayor impulsividad y sintomatología acorde al Trastorno Límite de Personalidad. Asimismo, en la muestra estudiada hay una mayor proporción de sujetos con Apego Evitativo, siendo además la inseguridad del apego un factor que se relaciona con mayor presencia de psicopatología asociada.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kaess M, Brunner R, Chanen A. Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics* [Internet]. 2014 Oct 1 [cited 2017 Feb 5];134(4):782–93. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2013-3677>
2. Miller AL, Muehlenkamp JJ, Jacobson CM. Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review*. 2008.
3. Schuppert HM, Giesen-Bloo J, van Gemert TG, Wiersma HM, Minderaa RB, Emmelkamp PMG, et al. Effectiveness of an emotion regulation group training for adolescents--a randomized controlled pilot study. *Clin Psychol Psychother* [Internet]. 2009 Nov [cited 2017 Feb 5];16(6):467–78. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/cpp.637>

## PSICOSIS MENSTRUAL: CASO LONGITUDINAL Y REVISIÓN LITERARIA

*Martinez-Herves, Maria*  
*Specialty Doctor, Aquarius Adolescent Inpatient Unit,*

*South West London and St George's Mental Health NHS Trust*

*a5.mariamh@gmail.com*

*Hammond, Julie*

*FYI Doctor at St George's University*

*Aquarius Adolescent Inpatient Unit*

*South West London and St George's Mental Health NHS Trust*

*Jagdev, Daljit*

*Consultant Child and Adolescent Psychiatrist*

*Aquarius Adolescent Inpatient Unit*

*South West London and St George's Mental Health NHS Trust*

## RESUMEN

**Introducción:** Episodios de psicosis recurrente de inicio abrupto, con relación cronológica con el ciclo menstrual han sido bien documentados en la literatura internacional, pero con escasa atención académica. A pesar de la existencia de evidencia clínica que apoya la asociación entre el inicio de los síntomas y la menstruación, los síntomas psicóticos no están reconocidos bajo las definiciones aceptadas de Síndrome Premenstrual o Síndrome Disfórico Premenstrual, los cuales han sido recientemente incluidos como categorías distintas en la DSM-V y el CIE-11.

**Material y Métodos:** Este caso contribuye a la evidencia existente y apoya la inclusión de los síntomas psicóticos relacionados con la menstruación en la nomenclatura diagnóstica psiquiátrica estándar. Se realiza también una revisión literaria de la etiología y manejo clínico.

Niña de 12 años que desarrolló síntomas psicóticos agudos durante el primer año de menarquia, coincidiendo con la fase lútea del ciclo menstrual, durante 5 periodos premenstruales consecutivos, requiriendo hospitalización en los dos últimos episodios. En ambos ingresos presentó breves episodios de inicio brusco, comportamiento caótico y síntomas psicóticos positivos. Recuperación completa de la normalidad tras el inicio de la menstruación, con normalidad total durante el periodo intermenstrual. Durante ambos ingresos fue tratada con dosis bajas de antipsicóticos, que no parecen haber afectado el curso de la psicosis. En el último ingreso, tras un período de observación y una revisión de los episodios psicóticos previos, se tomó la decisión de iniciar un régimen continuado de anticonceptivos combinados

orales para suprimir la ovulación e inducir amenorrea, dada la falta de respuesta terapéutica a los antipsicóticos. Consentimiento obtenido para seguir en la comunidad.

**Resultados:** Resulta incierto el rol de los antipsicóticos en el tratamiento dada la naturaleza autolimitada y breve de dicho trastorno. Nuestra revisión sugiere que la interrupción de la fluctuación hormonal relacionada con el ciclo menstrual por medio del uso de terapias que suprimen la ovulación (estrógenos, progesterona, danazol y agonistas GnRH) puede ser efectiva en la prevención de la recurrencia de los síntomas.

**Conclusiones:** Existe un gran desconocimiento entre los clínicos de esta presentación en mujeres jóvenes. La naturaleza intrusiva y cíclica de los síntomas y su impacto en la calidad de vida de las afectadas hace que la detección e intervención precoz sean especialmente importantes. Mas investigación basada en la evidencia sobre la epidemiología, patofisiología y tratamiento del trastorno son necesarios para determinar 1)el pronóstico a largo plazo 2)el tratamiento con antipsicóticos versus terapias hormonales 3)duración optima del tratamiento

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Felthous AR, Robinson DB, Conroy RW. Prevention of recurrent menstrual psychosis by an oral contraceptive. *Am J Psychiatry*. 1980;137:245-246; Coromina Sadurni M, Rodie JU, De Montagut LM, Sanchez Autet M. The use of oral contraceptives as a prevention of recurrent premenstrual psychosis. *Psychiatry Res*. 2009;170:290-291

## ALTERACIONES EN EL SUEÑO EN NIÑOS CON TDAH DE RECIENTE DIAGNÓSTICO COMPARADO CON CONTROLES SANOS

*Chamorro Fernández, Marta*

*Licenciada en medicina, psiquiatra, Centro de Salud Mental Infanto Juvenil, Mollet del Vallés. Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona, mchamorro@sjdhospitalbarcelona.org*

*Huguet Miguel, Anna*

*psicóloga, Unidad de TDAH. Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona*

*Insa Pineda, Inmaculada*

*Licenciada en medicina, psiquiatra, Centro de Salud Mental Infanto Juvenil, Mollet del Vallés. Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona.*

*Espadas Tejerina, Marta*

*Licenciada en medicina, psiquiatra, Centro de Salud Mental Infanto Juvenil, Mollet del Vallés. Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona.*

*Ida Díez, Jose A*

*FLicenciado en medicina, psiquiatra, coordinador de la Unidad de TDAH. Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona*

*Lara Muñoz, Jose P. Unidad de Neurofisiología Humana del Centro de Investigación Médico-Sanitaria, Universidad de Málaga, Andalucía Tech.*

## RESUMEN

**Introducción:** Los problemas del sueño son comunes en niños diagnosticados de TDAH, sin embargo, los estudios que examinan dicha asociación muestran resultados inconsistentes (1,2,3).

**Objetivos:** Analizar los trastornos del sueño en niños recientemente diagnosticados de TDAH sin tratamiento farmacológico con estimulantes, a través de la Escala de Trastornos del Sueño para Niños de Bruni en comparación con controles sanos.

Analizar la correlación entre la gravedad en los síntomas de TDAH y las alteraciones en el sueño.

**Material y Métodos:** Se evaluaron 60 casos diagnosticados TDAH y 60 controles sanos (6-12 años). Los casos fueron niños diagnosticados de TDAH por primera vez en la Unidad de TDAH del Hospital Sant Joan de Deu de Barcelona, utilizando criterios DSM IV-TR y cuestionarios ADHD-RS IV rellenos por padres y profesores. Los controles fueron reclutados entre los compañeros de clase de los pacientes y pacientes del hospital sin TDAH. Para evaluar las alteraciones en el sueño se ha utilizado la escala de Trastornos del Sueño para Niños de Bruni. El análisis estadístico se ha realizado con pruebas paramétricas de comparación de medias para muestras independientes y Correlación de Pearson.

**Resultados:** El 55% de los niños con TDAH presentaba alteraciones en el sueño según la puntuación total de la Escala de Alteraciones del Sueño en la Infancia de Bruni en comparación con un 3.33% de los sanos. Resultando

significativa la asociación entre la puntuación total ( $p<0.001$ ) y las diferentes escalas del test de Bruni: inicio y mantenimiento del sueño ( $p<0.001$ ), problemas respiratorios ( $p=0.003$ ), alteración de la transición sueño-vigilia ( $p<0.001$ ), exceso somnolencia ( $p<0.001$ ) e hiperhidrosis ( $p=0.001$ ) en los casos diagnosticados de TDAH.

Las correlaciones entre la puntuación total de la Escala de Bruni y la puntuación total en la ADHD Rating Scale de padres y profesores resultan positivas y muy significativas ( $p<0.001$ ).

**Conclusiones:** Los niños diagnosticados de TDAH presentan, según la Escala de Trastornos del sueño de niños de Bruni, más alteraciones en el sueño tanto para la puntuación total como para las diferentes subescalas, siendo los trastornos del sueño más frecuentes la somnolencia excesiva y los problemas al inicio y mantenimiento del sueño.

Existe una relación de dependencia positiva y significativa entre las alteraciones del sueño y las puntuaciones totales de síntomas TDAH referidos por padres y profesores.

Es importante realizar una correcta evaluación del sueño en niños diagnosticados de TDAH debido a la alta prevalencia de trastornos en el sueño en esta población.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Corkum P, Tannock R, Moldofsky H. Sleep disturbances in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998 Jun;37(6):637-46.
2. Konofal E, Lecendreux M, Cortese S. Sleep and ADHD. *Sleep Med*. 2010 Aug; 11 (7): 652-8.
3. Yoon S. Y, Jain U, Shapiro C. Sleep in attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adults: Past, present, and future. *Sleep Med Rev*. 2012 Aug; 16 (4): 371-88.

## PSICOPATOLOGÍA DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES RESIDENTES EN CENTROS TUTELADOS QUE PRECISAN HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

*Solerdelcoll Arimany, Mireia. Residente de Psiquiatría. Departamento de Psiquiatría y Psicología. Instituto de*

*Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España. solerdelcoll@clinic.cat.*

*Fortea González, Adriana. Residente de Psiquiatría. Departamento de Psiquiatría y Psicología. Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.*

*Espinosa, Laura. Residente de Psiquiatría. Departamento de Psiquiatría y Psicología. Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.*

*Ilzarbe Simorte, Daniel. Médico especialista en psiquiatría. Becario de la Fundación Alicia Koplowitz. Department of Child and Adolescent Psychiatry, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, Londres, Reino Unido.*

*Morer Liñán, Astrid. Psiquiatra. Jefe de Sección. Departamento de Psiquiatría y Psicología Infanto-juvenil. Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España. Institut d'Investigacions Biomèdiques Agustí Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, España. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Barcelona, España.*

*Baeza Pertegaz, Inmaculada. Psiquiatra. Adjunta del Departamento de Psiquiatría y Psicología Infanto-juvenil. Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España. IDIBAPS. CIBERSAM.*

## RESUMEN

**Introducción:** Los Centros Residenciales de Acción Educativa (CRAE) son un recurso alternativo a un medio familiar inexistente, deteriorado o con graves dificultades para cubrir las necesidades básicas del niño o adolescente, entre los tutelados por la Generalitat de Cataluña. Existe una tendencia ascendente en el número de tutelados y de acogimientos residenciales en los últimos años. Ha sido poco descrito en la literatura si estos niños y adolescentes presentan problemas mentales específicos o con una prevalencia diferente a la de la población general. Nuestro objetivo es evaluar las características clínicas de esta población.

**Material/Método:** Estudio transversal retrospectivo de los menores de 18 años residentes en CRAE que requirieron hospitalización en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínic de Barcelona durante el 2015. Se registraron variables socio-demográficas y clínicas.

**Resultados:** De entre los 385 menores que ingresaron durante el 2015, se identificó 19 pacientes (68.4% mujeres) con una media de edad de 14.7 años (rango: 9-17 años), siendo el 63.2% extranjeros. El 27.8% presentaban historia de abuso o maltrato físico, y el 57.9% reportaban antecedentes familiares psiquiátricos. La media de consultas a Urgencias previas al ingreso era de 4 (rango: 1-12), siendo con frecuencia el segundo ingreso requerido (rango: 1-6). El motivo más frecuente de ingreso fue alteración de la conducta, seguido de descompensación psicótica. Tras una media de 15 días de hospitalización (rango: 3-48 días) eran derivados al alta al: centro de salud mental infanto-juvenil de su área (52,6%), hospital de día (21.1%), unidad de subagudos (15.8%) u otros dispositivos. Los diagnósticos más frecuentes al alta fueron: Trastorno de la Conducta (94.7%), Trastorno Adaptativo (36.8%), Trastorno Psicótico (36.8%), y Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (31.6%). El consumo de tóxicos estaba presente en el 57.9% de los casos, siendo el consumo de cannabis el más frecuente (47.4%), seguido del tabaco (31.6%) y el alcohol (15.8%). Todos los casos fueron dados de alta en tratamiento con antipsicótico.

**Conclusiones:** Los menores que residen en centros tutelados funcionales representan un grupo de población de riesgo de presentar patología psiquiátrica, principalmente trastorno de la conducta y consumo de tóxicos, probablemente exacerbado por la vulnerabilidad genética y el entorno desfavorable.

Dada las frecuentes consultas a urgencias y reingresos de esta población parece necesario implementar intervenciones tempranas multidisciplinares. Estos menores podrían beneficiarse de la puesta en marcha de programas de prevención y detección precoz de patología mental y de consumo de tóxicos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández, A., Gatón, A., Vivanco, E., Sesma, E., Kerexeta, I., Díaz, A., González, MA. Psicopatología de los adolescentes residentes en hogares funcionales que precisan hospitalización psiquiátrica. Revista de psiquiatría infanto-juvenil. Vol. 32. Núm. 4/2015 Oct-Dic.
2. Thomson, R., Hasin, D. Psychiatric Disorders and treatment among newly homeless young adults with histories of foster care. Psychiatr Serv. 2012 September 1; 63(9).

**Conflictos de interés:** DI es becario de la Fundación Alicia Koplowitz. GS, AM y IB han recibido honorarios y ayuda para acudir a congresos de Otsuka-Lundbeck y Janssen, así como financiación para proyectos de investigación de la Fundación Alicia Koplowitz y becas del Instituto de Salud Carlos III. El resto de autores no tienen conflictos de interés que declarar.

## PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL ENTRE USUARIOS DE LA RED DE SALUD MENTAL

*Fernández Fernández Jennifer*

*FEA Psiquiatría, CSM Luarca, Área I, Asturias*

*Seijo Zazo, Elisa*

*FEA Psiquiatría UHP Adolescentes, HUCA, Asturias*

*Dela Peña Díaz, Alicia*

*FEA Psiquiatría CSM Infanto-juvenil, Área IV, Asturias*

*Saavedra Rionda, Isabel*

*PIR Psicología clínica, HUCA, Asturias*

*Pereira Lestayo María Isabel*

*PIR Psicología clínica, HUCA, Asturias*

*Moya Lacasa Carlota*

*MIR Psiquiatría, HUCA, Asturias*

## RESUMEN

**Introducción:** Uno de los mayores problemas de hoy en día es al uso por parte de los menores de sustancias tóxicas, particularmente el alcohol, siendo en la actualidad la droga que más se consume y con inicio más temprano del consumo.

El objetivo principal es hacer una comparativa del consumo de alcohol en adolescentes entre población general y población atendida en el servicio de salud mental infanto-juvenil. Para ello se desarrollará un estudio descriptivo observacional transversal en el que se compararán diferentes variables como edad de inicio de consumo o cantidad de bebidas consumidas.

**Material y Métodos:** Dentro de nuestro trabajo, como población a estudio, se definen aquellos sujetos adolescentes entre 14 y 18 años que se encontraban en el momento de realizar el estudio (Febrero 2015) a tratamiento en Salud Mental Infanto-Juvenil. En este caso se incluyó en la muestra todos aquellos pacientes que cumplían las características arriba descritas y que además acudieron a consulta en Salud Mental Infanto-juvenil entre el 01/02/2015 y el 27/02/2015 y que

aceptaron participar en el estudio, llegándose a alcanzar un N=19.

La recogida de datos se llevó a cabo mediante un cuestionario extraído de la Encuesta Estatal Sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES 2012/13), incluida en el Plan Estadístico Nacional y Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD).

Entre las variables recogidas hemos comparado edad, sexo, edad de inicio de consumo de alcohol, frecuencia de consumo, frecuencia de borracheras y de binge drinking, tipo de consumo y percepción del riesgo de consumo.

**Resultados:** Comparando ambos grupos, podemos afirmar que en población general el consumo de alcohol es más frecuente en general con un 81.9% frente al 72% en pacientes de salud mental.

Ambos grupos presentan más consumo de alcohol con mayor edad de los participantes.

En relación a las borracheras, al binge drinking, y a la práctica de botellón, en población general escolar la frecuencia es más elevada. La edad de inicio de consumo de alcohol en población escolar general es menor.

**Conclusiones:** Comparando todo estos podemos afirmar que la población escolar entre 14 y 18 años el consumo de alcohol es mayor en cantidad frecuencia y en riesgo de consumo que en pacientes que acuden a Salud Mental entre 14 y 18 años.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Observatorio Español Sobre Drogas. Plan Nacional Sobre Drogas. Madrid, (actualizado 2015). Disponible:
2. [http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/8\\_ESTUDES\\_2012\\_Informe.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/8_ESTUDES_2012_Informe.pdf)

## USO DE CLOZAPINA PARA SÍNTOMAS PSICÓTICOS RESISTENTES EN AUTISMO: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Espinosa Martínez, Laura*  
Residente de Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría y Psicología. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínico de Barcelona, Barcelona, España, [lespinosa@clinic.ub.es](mailto:lespinosa@clinic.ub.es)

*Solerdellcoll Arimany, Mireia.* Residente de Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría y Psicología. Instituto

*de Neurociencias. Hospital Clínico de Barcelona, Barcelona, España.*

*Fortea González, Adriana.* Residente de Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría y Psicología. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínico de Barcelona, Barcelona, España.

*Inmaculada Baeza Pertegaz.* Especialista en Psiquiatría Infanto-juvenil y tutora de residentes. Departamento de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínico de Barcelona, Barcelona, España. Doctora en Medicina e investigadora en Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS, Barcelona, España) y Centro de Investigación en Salud Mental (CIBERSAM, Barcelona, España).

*Sugranyes Ernest, Gisela.* Especialista en Psiquiatría Infanto-juvenil. Departamento de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínico de Barcelona, Barcelona, España. Doctora en Medicina e investigadora en Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS, Barcelona, España) y Centro de Investigación en Salud Mental (CIBERSAM, Barcelona, España).

## RESUMEN

**Introducción:** La comorbilidad entre el Trastorno del espectro autista (TEA) y otros trastornos mentales como el Trastorno bipolar y la psicosis de inicio precoz está ampliamente descrita<sup>1-3</sup>. Sin embargo, la asociación con la Esquizofrenia y otros trastornos relacionados es controvertida<sup>4</sup>, existiendo escasa documentación sobre Trastorno esquizoafectivo en pacientes con TEA. Las actuales clasificaciones (DSM-V, CIE-10)<sup>5-6</sup> los consideran diagnósticos excluyentes, aunque varios estudios describen similitudes tanto genéticas como radiológicas<sup>7-10</sup>.

El uso de antipsicóticos en autismo<sup>11-12</sup>, incluyendo clozapina<sup>13</sup>, está ampliamente documentado para el manejo conductual. Sin embargo, no hemos encontrado literatura sobre el empleo de clozapina para el tratamiento de síntomas psicóticos en este grupo de pacientes.

**Material y Métodos:** Reportamos el caso de una adolescente de 15 años que ingresa en nuestra Unidad de Agudos al presentar sintomatología maniaca de 5 meses de evolución refractaria a risperidona 5mg/día.

**Resultados:** Entre sus antecedentes destaca diagnóstico

de TEA (DSM-V:299.00) y discapacidad intelectual (DSM-V:318.1, CI=50) desde los 3 años. Constan antecedentes de Trastorno bipolar tipo I y de trastornos psicóticos en varios familiares de segundo y tercer grado.

A los 10 años presenta un primer episodio hipomaniaco tratado con olanzapina 7,5mg/día. Un año después precisa ingreso hospitalario y tratamiento con valproato 1000mg/día, aripiprazol 20mg/día y risperidona 3mg/día por un episodio maniaco. Interepisódicamente la paciente inicia ideación erotomaniaca centrada en un interés restringido e interpretaciones deliriosas del entorno en relación a hipersensibilidad auditiva. Se aprecian también soliloquios en contexto de pseudoalucinaciones auditivas de contenido biográfico y de carácter egosintónico, que se orientan como ecolalias diferidas.

Durante el ingreso se sustituye valproato por litio 1200mg/día y se incrementa risperidona hasta 10mg/día. Presenta mejoría de la clínica maniaca, apreciándose entonces síntomas psicóticos (suspiciosa, autorreferencialidad), incluyendo pseudoalucinaciones auditivas egodistónicas comentadoras de actividad y peyorativas. Se decide sustituir risperidona por quetiapina 1200mg/día con empeoramiento sintomático, por lo que finalmente se inicia clozapina hasta 250mg/día, con remisión de la sintomatología psicótica. Como efectos adversos presenta ligera taquicardia y sialorrea, tratados con biperideno 2mg/día, y enuresis nocturna corregida con pautas conductuales.

**Conclusiones:** En este caso nuestra orientación diagnóstica es de Trastorno esquizoafectivo (DSM-V: 295.70). Consideramos que este diagnóstico debe realizarse con prudencia, dadas las similitudes psicopatológicas de algunos síntomas en psicosis y autismo<sup>14</sup>, si bien en nuestra experiencia clínica ambos diagnósticos no son excluyentes. Además, sugerimos valorar el empleo de clozapina ante clínica psicótica refractaria al tratamiento, aunque se requieren más estudios de seguridad y eficacia en este grupo poblacional.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Billstedt E et al. Autism and Asperger syndrome: coexistence with other clinical disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000; 102 (5): 321-330.
2. Munesue T et al. High prevalence of bipolar disorder comorbidity in adolescents and young adults with high-functioning autism spectrum disorder: a preliminary study of 44 outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 2008; 111(2-3):170-175.
3. Hutton J et al. New-onset psychiatric disorders in individuals with autism. *Autism*, 2008; 12:373-90.
4. Stahlberg O et al. Bipolar disorder, schizophrenia and other psychotic disorders in adults with childhood onset AD/HD and/or autism spectrum disorders. *Journal of Neural Transmission*, 2004; 111(7):891-902.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
6. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Diagnostic criteria for research. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1993.
7. Rapaport J et al. Autism spectrum disorder and childhood-onset schizophrenia: clinical and biological contributions to a relation revisited. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2009; 48(1):10-18.
8. Levinson DF et al. Copy number variants in schizophrenia: confirmation of five previous findings and new evidence for 3q29 microdeletions and VIPR2 duplications. *Am J Psychiatry* 2011; 168(3): 302-316.
9. Sullivan PF et al. Family history of Schizophrenia and Bipolar disorder as risk factors for autism. *Arch Gen Psychiatry*, 2012; 69(11): 1099-1103.
10. Cross-disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium (2013). Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. *Lancet*, 2013; 381(9875):1371-9.
11. Barnard L et al. A systematic review of the use of atypical antipsychotics in autism. *Journal of Psychopharmacology*, 2002; 16(1): 93-101.
12. Posey DJ et al. Antipsychotics in the treatment of autism. *The journal of Clinical Investigation*, 2008; 118(1):6-14.
13. Beherec L et al. Retrospective review of clozapine in the treatment of patients with autism spectrum disorder and severe disruptive behaviors. *Journal*

of Clinical Psychopharmacology, 2011; 31(3): 341-344.

14. Cochran DM et al. "Autism plus" spectrum disorders: intersection with psychosis and the schizophrenia spectrum. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am, 2013; 22:609-27.

## SUICIDIO EN ADOLESCENTES

*Chinchurreta de Lora, Nuria*

*Psiquiatra de la unidad Infanto-juvenil del CSM Móstoles, 5 años de experiencia profesional en Infanto-juvenil, con curso de especialización en TDAH (Dr. Quintero), Psicoterapia de la relación padres e hijos (Dra. Bleichma, U.Comillas), Psicoterapia Integradora (UAH)*

*Martin Carballeda, Julia.*

*Psiquiatra Unidad Infanto-juvenil CSM Alcorcon. Experiencia de 5 años con diversos cursos de especialización.*

*Rodríguez Criado, Natalia*

*Psiquiatra unidad Infanto-juvenil CSM Mostoles.*

*Martín Aragon, Ruben*

*MIR psiquiatría H.U.Mostoles.*

## RESUMEN

**Introducción:** El suicidio en adolescentes ha tenido un aumento dramático de sus cifras, situándose entre la 2ª o 3ª causa de muerte más frecuente entre jóvenes de 15-24 años, y la 6ª entre niños de 6 a 14 años. Aunque en países como Japon o Dinamarca es la 1ª causa.

Este grupo de edad presenta tasas de tentativa de suicidio altas, que también ha aumentado situándose entre el 9-11% de los adolescentes de la población general.

**Material y Métodos:** Valoración del problema actual a través de la revisión de diferentes artículos que lo describen a nivel mundial, para valorar porcentajes actuales, mecanismos utilizados para llevarlo a cabo por este sector poblacional. Así como estrategias de prevención y descripción de los programas de intervención a nivel europeo (programa Seyle, Supreme).

**Resultados:** En España, como se refleja en las estadísticas estatales (I.N.E.,2010) el método más utilizado es el ahorcamiento seguido de la precipitación (tanto en hombres como en mujeres).

Parece ser que la transición de la ideación a la tentativa suicida viene determinada más bien por un inadecuado control de los impulsos, algo más frecuente en la adolescencia.

En 2013 hubo 3780 suicidios en España, un 22% más que en 2010. El ahorcamiento, salto al vacío y sobredosis de fármacos fueron las causas más frecuentes. Junio fue el mes de mayor índice.

**Conclusiones:** La adolescencia supone una etapa de importantes cambios a nivel psicológico, experimentan estrés, confusión, dudas de sí mismos, presión para lograr éxito, incertidumbre y otros miedos mientras van creciendo, y esto supone un factor de riesgo importante.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Manual de psiquiatría del niño y del adolescente (Soutullo). AEPNYA
2. "Child and adolescent psychiatry" M. Rutter. Eric Taylor
3. (D.E.Greydanus, "Suicide in children and adolescents" Michigan U., 2007)
4. Estudio comparativo sexos y métodos .Febrero 2015 (Dpto psiquiatría H. Nacional Gwangin-gu, Seoul. Korea).
5. estudio multicéntrico del equipo europeo de la OMS sobre parasuicidio (WHO/Euro Multicenter Study on Parasuicide). Se realizó un análisis estratificado utilizando el procedimiento Mantel-Haenszel a fin de controlar los efectos del sexo y el diagnóstico. (Parellada M. et al., HGM, 2008)
6. Estudio multicéntrico del equipo europeo de la OMS sobre parasuicidio (WHO/Euro Multicenter Study on Parasuicide). Se realizó un análisis estratificado utilizando el procedimiento Mantel-Haenszel a fin de controlar los efectos del sexo y el diagnóstico. (Parellada M. et al., HGM, 2008)

## APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL BASADA EN EL TRAUMA (TF-CBT) EN EL CASO DE UNA NIÑA DE 7 AÑOS CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO SEGUIMIENTO A LOS 15 MESES

VILLEGAS, Régis  
(PIR-4, Hospital Clínico Universitario de Valencia –  
Malvarrosa; regis\_villegas@hotmail.com)  
REVERT MARTIN, Laura  
(Psiquiatra, Coordinadora de la Unidad de Salud  
Mental Infantil El Grao (Valencia) – Hospital Clínico  
Universitario Valencia – Malvarrosa))

#### RESUMEN

**Introducción:** Se presenta la aplicación del protocolo de intervención cognitivo-conductual basada en el trauma (TF-CBT; Cohen, J. A.; 2006, 2010) con una paciente de 7 años quien, tras haber presenciado el hundimiento del falso techo de un centro comercial en Valencia, el 13 de septiembre 2014, desarrolló un trastorno de estrés postraumático (DSM-5). En marzo 2015 acude por primera vez a consulta de psicología clínica Infantil. Padece recuerdos angustiosos, recurrentes e intrusivos del suceso acompañados de un intenso malestar psicológico al exponerse a estímulos parecidos a algún aspecto del suceso. Cuando no podía evitar la exposición, desarrollaba una hiperactivación fisiológica profusa. Como consecuencia de ello, las conductas de evitación estaban generalizándose a numerosos contextos (espacios públicos cerrados, escaleras mecánicas, ascensores...). Se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre la evidencia de los tratamientos para el estrés postraumático en población pediátrica. Tanto las Guías NICE como numerosos ensayos randomizados, meta-análisis y revisiones sistemáticas recomiendan la aplicación de la TF-CBT diseñada por Judith A. Cohen.

**Material y Métodos:** Se aplica la adaptación española de “Tu libro de actividades de TF-CBT” (Cohen et al., 2010) que consta de 35 actividades, agrupadas en 14 sesiones con una frecuencia quincenal. Por medio de actividades lúdicas, la mayoría pictóricas y con la implicación de los padres, se abordan las emociones, los pensamientos, las conductas y sus interrelaciones, con el objetivo de permitir al niño, integrar y procesar el trauma. La intervención termina con varias sesiones de exposiciones graduales en vivo a los estímulos ansiógenos.

**Resultados:** Al finalizar protocolo, la paciente era capaz de acudir con normalidad al centro comercial del suceso así como cualquier espacio público cerrado. Se realiza un

seguimiento a los 15 meses encontrándose actualmente completamente libre de clínica postraumática.

**Conclusiones:** Se replica la eficacia de la aplicación de la TF-CBT para el tratamiento psicológico del trastorno de estrés postraumático en población infanto-juvenil. Los mejoría sintomática se mantiene a los 15 meses.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cohen, J. et al. (2012): Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child Abuse Negl*; 36(6): 528–541
2. Dittmann, I. et al. (2014): Giving a voice to traumatized youth—Experiences with Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Child Abuse & Neglect*; 38: 1221–1230
3. Hornor, G. et al. (2013): Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Pediatric Health Care*; 27(3): 29-36
4. Jensen, T. K. et al. (2014): A Randomized Effectiveness Study Comparing Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy with Therapy as Usual for Youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*; 43(3): 356–369
5. Murray, L. K. et al. (2013) : An evaluation of trauma focused cognitive behavioral therapy for children in Zambia. *Child Abuse & Neglect*; 37: 1175–1185
6. Ramirez de Arellano, M. et al. (2014): Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy: Assessing the Evidence. *Psychiatr Serv.*; 65(5): 591–602
7. Salloum, A. et al. (2014): Development of Stepped Care Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Young Children. *Cognitive and Behavioral Practice*; 21: 97–108
8. Scheeringa, M. S. et al. (2011): Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three through six year-old children: A randomized clinical trial. *J Child Psychol Psychiatry* ; 52(8): 853–860
9. Scheeringa, M. S. et al. (2011): Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three through six year-old children: A randomized clinical trial. *J Child Psychol Psychiatry*; 52(8): 853–860
10. Smith, P. et al. (2013): Treatment of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Curr*

Opin Psychiatry; 26:66–72

11. Trickey, D. et al. (2012): A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review* 32: 122–138

### ENFOQUE INTEGRADOR EN INFANTO-JUVENIL, APC

*Mella Domínguez, Laura, Psiquiatra, Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil, Hospital General de Ciudad Real, laura.mella@gmail.com*

*Vicente Fernández Inmaculada, Psicóloga clínica, ALUA Centro sanitario, ivicente.alua@gmail.com*

*Martínez Luna Ramón, Psiquiatra, Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil, Hospital General de Ciudad Real, MARTINEZLUNA@telefonica.net*

*García Martín de la Fuente Elías, Psiquiatra, Unidad de Conductas Adictivas Complejo Hospitalario de IToledo, egarcia4@alumni.unav.es*

*López Lavela Erica, MIR Psiquiatría, Hospital General Universitario de Ciudad Real, erikalopezlavela@gmail.com*

*Morales Saenz Isabel, MIR Psiquiatría, Hospital General Universitario de Ciudad Real, isamorales3@hotmail.com*

### RESUMEN

La OMS ha alertado sobre la necesidad de que se pongan en marcha servicios de salud de calidad que respondan a las necesidades reales de los adolescentes. Consideramos que un enfoque integral es el apropiado en este período de la vida, es un proceso de transición entre la infancia y la vida adulta con los aspectos bio-psico-sociales que conlleva.

La salud es integral y debe ser abordada en forma integral e interdisciplinaria y en el contexto de las interrelaciones dinámicas entre estos tres sistemas.

**Material y Métodos:** Paciente de 16 años que acude a las consultas de salud mental infanto-juvenil por alteraciones de conducta. Como antecedentes, a los 13 años acudió a las consultas por alteraciones similares recibiendo el alta por ausencia de alianza y demanda terapéutica. Acude nuevamente por orden judicial por alteraciones graves que involucran un robo con fuerza, consumo de cannabis, mal rendimiento escolar, dificultades de supervisión y de

respeto a límites en ámbito familiar, contacto con grupo social de riesgo (alejamiento progresivo de relaciones con iguales normalizadas).

Desde las consultas se realiza una intervención integradora con psicología clínica, psiquiatría (unidad de conductas adictivas en adolescentes), trabajo social y centro de estudios. Se trabaja impulsividad, relaciones con iguales, vínculo, consumo de tóxicos y motivación. A través del centro de estudios se consigue motivar al paciente ofertando otras opciones, eligiendo el mismo una FP de fabricación y montaje.

**Resultados:** Actualmente, acude con regularidad al centro de estudios, ha cedido el consumo de tóxicos, y las alteraciones conductuales han desaparecido, esto mejorando notablemente la relación familiar y con sus iguales. Está motivado por terminar sus estudios para trabajar y ha empezado a realizar actividades saludables. El paciente presenta una mejoría importante y evolución favorable a raíz del tipo de intervención enfocada en integrar diversos recursos con el fin común de ayudar

**Conclusiones:** Mejorar la salud del adolescente es un reto que va a requerir una amplia gama de estrategias que abarquen muchos aspectos de la vida de la comunidad y se ajusten a las necesidades de cada sujeto. Necesidades condicionadas por los estilos de vida en un contexto cultural específico y los procesos de desarrollo biológicos, psicológicos y sociales concurrentes en este período de la vida. Lo que implica que la provisión de atención a los adolescentes pasa por disciplinas tan diversas como la medicina, la psicología o la sociología, integrándose en una perspectiva integral e integradora de la salud.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADOLESCENCIA Y SALUD Alfonso Antona\*, Juan Madrid\*\* y Máximo Aláez\*\*\*\* Antropólogo. Programa de Salud del Adolescente. \*\*Médico. Programa de Salud del Adolescente.\*\*\*Psicólogo. Centro Municipal de Salud de Hortaleza. Ayuntamiento de Madrid, Papeles del Psicólogo, 2003. n° 84, pp. 45-53
2. LA SALUD Y LA SEGURIDAD ORGANIZACIONAL DESDE UNA PERSPECTIVA INTEGRADORA Dolores Díaz-Cabrera, Rosa Isla-Díaz, Gladys Rolo-González, Oskelys Villegas-Velásquez, Yeray Ramos-Sapena

y Estefanía Hernández-Fernaud Universidad de La Laguna, Papeles del Psicólogo, 2003. n° 84, pp. 45-53, Papeles del Psicólogo, 2008. Vol. 29(1), pp. 83-91

- Informe sobre la salud en el mundo - Cambiar la situación, OMS 1999, Ginebra

### ESTUDIO A LARGO PLAZO DE LA EVOLUCIÓN DE LA COMPETENCIA SOCIAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Mireia Querol (1) Sonia Membrives (2) Alfredo Aguilar (3) Andrea Fortes (4) Lali Piera (5) Montserrat Pamias (6)

- Psicóloga Clínica Sènior CSMIJ Parc Taulí Sabadell.
- PIR Parc Taulí Sabadell
- Psicólogo Clínico CSMIJ Parc Taulí Sabadell.
- MUPGS UAB Parc Taulí Sabadell
- Psicóloga Clínica CSMIJ/USEE Parc Taulí Sabadell.
- Psiquiatra Infantil Cap de Salut mental Parc Taulí Sabadell.

#### RESUMEN

**Introducción:** Los individuos con TEA presentan déficits en competencia social, con riesgo de rechazo, fracaso escolar e insatisfacción social (Sherman et al 2008) a largo plazo, así como dificultades para desarrollar relaciones y mantener el trabajo (Stichter et al 2007). El diagnóstico de TEA es estable en el tiempo (Magiati et al, 2014).

Algunos estudios objetivan una mejoría en niños y adolescentes diagnosticados de TEA que han realizado grupos de habilidades sociales (Reichow, Steiner y Volkmar 2013). Sin embargo, la investigación a largo plazo de este tipo de intervenciones es limitada (Magiati et al 2014).

El objetivo de este estudio es realizar un análisis descriptivo de la evolución de la competencia social en una muestra de niños diagnosticados de TEA a lo largo del tiempo, después de haber participado en una intervención grupal de habilidades sociales.

**Material y métodos:** En este estudio de seguimiento descriptivo se utilizó un diseño de encuesta longitudinal. La muestra está formada por 24 pacientes (con una media de edad de 16 años) del Centro de Salud Mental Infanto-juvenil (CSMIJ) del Hospital Parc Taulí de Sabadell con

diagnóstico de TEA de alto funcionamiento que realizaron tratamiento grupal con el Social Competence Intervention Program (SCIP; Guli L, Wilkinson A, Semrud-Clikeman M, 2008). Se administró la Social Responsiveness Scale (SRS, Constantino y Gruber, 2005) antes y después del tratamiento y 5 años después para valorar la evolución de la competencia social.

**Resultados:** A partir de las 5 subescalas del SRS se observa, en comparación con las medidas pre y post del grupo, una disminución de las puntuaciones totales a los 5 años (T= 72,75; T=73,50; T= 67,62). También se observa mejoría en el seguimiento en las subescalas de Cognición Social (T= 73,08; T=73,71; T= 67,25), Comunicación Social (T= 72,21; T=69,38; T= 64,79), Motivación Social (T= 73,25; T=72,58; T= 62,58) y Manierismos (T= 77,46; T=72,92; T= 69,50). Conciencia Social (T= 62,71; T=61,13; T= 57,92) dejó de estar en el rango clínicamente significativo a los 5 años.

**Conclusiones:** Las habilidades sociales de los pacientes con TEA mejoraron tras realizar la intervención grupal, especialmente en el ámbito de la Conciencia Social, manteniéndose los beneficios 5 años después. Estos resultados muestran la utilidad de la intervención psicológica grupal en pacientes con TEA para mejorar las dificultades en comunicación y relaciones sociales, con un mejor pronóstico y adaptación posterior en la adolescencia y vida adulta.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Constantino, J. N., y Gruber, C. P. (2005). Social Responsiveness Scale (SRS). Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Guli, L. A., Wilkinson, A. D., y Semrud-Clikeman, M. (2008). Social Competence Intervention Program (SCIP): A drama-based intervention for youth on the autism spectrum. Champaign, IL: Research Press
- Magiati, I., Tay, X. W., y Howlin, P. (2014). Cognitive, language, social and behavioural outcomes in adults with autism spectrum disorders: A systematic review of longitudinal follow-up studies in adulthood. *Clinical Psychology Review*, 34(1), 73-86.
- Reichow, B., Steiner, A. M., y Volkmar, F. (2013). Cochrane review: social skills groups for people

aged 6 to 21 with autism spectrum disorders (ASD). Evidence Based Child Health: A Cochrane Review Journal, 8(2), 266-315.

5. Stichter, J. P., O'Connor, K. V., Herzog, M. J., Lierheimer, K., i McGhee, S. D. (2012). Social competence intervention for elementary students with Asperger syndrome and high functioning autism. Journal of autism and developmental disorders, 42(3), 354-366.

## NEUROIMAGEN DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

*Moya Lacasa, Carlota.*

*MIR Psiquiatría área IV. Hospital Universitario Central de Asturias, SESPA. cmlacasa@hotmail.com*

*Seijo Zazo, Elisa.*

*Médico Psiquiatra responsable de la Unidad de Hospitalización de Adolescentes. HUCA, SESPA.*

*Torio Ojea, Esther.*

*MIR Psiquiatría área IV, HUCA, SESPA.*

*Abad Acebedo, Iciar.*

*MIR Psiquiatría área IV, HUCA, SESPA.*

*Fernández Fernández, Jennifer.*

*Médico Psiquiatra, SESPA.*

*DÍAZ DE LA PEÑA, ALICIA.*

*Médico Psiquiatra, responsable de Centro de Salud Mental Infantil de Oviedo. SESPA.*

## RESUMEN

**Introducción:** El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se sitúa en el seno de los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos en la CIE-10 y fuera de los trastornos de ansiedad como categoría independiente en la nueva clasificación DSM-V. En su forma más grave, es uno de los trastornos mentales más incapacitantes encontrándose entre las diez causas principales de incapacidad en los países industrializados.

Existe además una tendencia al infra-diagnóstico e infra-tratamiento dado que los pacientes con TOC, habitualmente mantienen ocultos sus síntomas, por lo que en muchos casos el diagnóstico se retrasa incluso una década después de la aparición de los primeros signos.

Desde el punto de vista de su patogénesis, parece que el TOC descansa sobre alteraciones de los circuitos córtico-estrio-pálido-tálamo-corticales. La disfunción de estos circuitos podría explicar tanto el componente

ansioso-emocional, como los pensamientos obsesivos y las urgencias compulsivas del TOC.

**Material y Métodos:** Exposición de un caso clínico y breve revisión bibliográfica.

**Resultados:** En este caso, nos encontramos con un varón de 17 años diagnosticado de TOC hace cuatro años, que presenta en los últimos meses empeoramiento de su sintomatología en forma de rumiaciones y rituales de limpieza, así como rasgos de personalidad esquizotípicos con empobrecimiento de las relaciones interpersonales, comportamientos extraños y tendencia al aislamiento. Durante el ingreso en la Unidad de Hospitalización de Adolescentes, se realiza RMN en la que se objetivan múltiples lesiones hiperintensas en sustancia blanca de localización subcortical frontal, así como lesiones a nivel talámico y a nivel peritrial derechos. Instaurado tratamiento psicofarmacológico y apoyo psicoterapéutico, evoluciona favorablemente hacia la mejoría clínica.

**Conclusiones:** A pesar de no existir ninguna imagen radiológica patognomónica del TOC, los estudios que hemos revisado sugieren que en un 20 % de pacientes, el TOC se asocia a lesiones estructurales cerebrales, que afectan principalmente a los ganglios basales y lóbulos frontal y temporal. La importancia por tanto de este caso, tienen una doble lectura. Por un lado, la constatación de la alteración neuroanatómica descrita en la etiopatogenia del TOC mediante una prueba de imagen convencional y por otro se refrendan las bases para nuevos abordajes terapéuticos, en aquellos casos refractarios a tratamiento farmacológico y psicoterapéutico clásico

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Navarro JF, Puigcerver A. Bases biológicas del trastorno obsesivo-compulsivo. Psicología conductual, vol. 6 n°1, 1998.
2. ML. Berthier. Funcionamiento Cognitivo en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo Asociado a Lesiones Cerebrales. Unidad de Neurología Conductual, Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario y Universidad de Málaga.
3. Sadock BJ, Sadock VA. Sinopsis de psiquiatría de Kaplan y Sadock: Ciencias de la conducta/ Psiquiatría clínica. 10ª edición. Nueva York: Wolters Kluwer. Lippincot y Williams & Wilkins

4. Whiteside S, Port J, Abramowitz J. A meta-analysis of functional neuroimaging in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*, 132:69-79, 2004.
5. Rauch S, Baxter L. Neuroimaging in obsessive-compulsive and other disorder. En: *Obsessive-compulsive disorders: Practical Management* (3ª edición). Jenike M, Baer L, Minichiello W (Eds.), Mosby. St. Louis (MO), 2001. pp:289-318

### TEMPO COGNITIVO LENTO: DESDE UNA PERSPECTIVA TRANSDIAGNÓSTICA

*Camprodon Rosanas Ester*

*Psicólogo Adjunto. Centro Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) El Garraf (Vilanova y la Geltrú, Barcelona). Hospital de Sant Joan de Déu. ecamprodon@sjdhospitalbarcelona.org*

*Batlle Vila, Santiago*

*Coordinador-Psicólogo Clínico. Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD). Centro Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) Sant Martí-La Mina, Parc de Salut Mar, Barcelona*

*Mollá Cusi, Laia*

*Psicólogo Clínico. Centro Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) El Garraf (Vilanova y la Geltrú, Barcelona). Hospital de Sant Joan de Déu.*

*Moreno Mayos, Áurea*

*Psicólogo Clínico. Centro Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) El Garraf (Vilanova y la Geltrú, Barcelona). Hospital de Sant Joan de Déu.*

*Sabria Ramiro, Olga*

*Psicólogo Clínico. Centro Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) El Garraf (Vilanova y la Geltrú, Barcelona). Hospital de Sant Joan de Déu.*

*Juan Vidal, Salomé*

*Coordinadora-Psiquiatra. Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) El Garraf (Vilanova y la Geltrú, Barcelona). Hospital de Sant Joan de Déu.*

#### RESUMEN

**Introducción:** En los últimos quince años ha habido un interés creciente en el estudio del tempo cognitivo lento (TCL). Uno de los debates abiertos en relación al TCL se centra en considerarlo un nuevo trastorno atencional o bien como constructo transdiagnóstico<sup>2,3,4</sup>.

**Material y Métodos:** Se ha realizado una revisión sistemática de la literatura científica, utilizando las bases de datos del Medline (Index Medicus). Con las palabras claves: sluggish cognitive tempo, tempo cognitivo lento, transdiagnóstico, transdiagnostic. Haciendo una revisión sistemática de las citas referenciadas en los artículos seleccionados en lengua inglesa y española.

**Resultados:** Belloch (2012)<sup>5</sup>, siguiendo un enfoque transdiagnóstico, clasifican en tres grupos teniendo en cuenta el foco principal de sus aportaciones: trastornos emocionales, dimensión específica como por ejemplo la ira y procesos cognitivos básicos. Los síntomas TCL podrían incluirse en este último grupo. Sonuga-Barke, Cortese, Fairchild, y Stringaris (2016)<sup>6</sup> proponen una neurociencia transdiagnóstica de los trastornos mentales de los niños y adolescentes. Realizan una propuesta hipotética de como quedarían mapeados algunos trastornos, concretamente el TDAH, trastorno de conducta, depresión y trastornos de ansiedad. Siguiendo este modelo, se presentará en una tabla como podría quedar distribuido con la dimensión TCL de acuerdo con los estudios revisados.

**Conclusiones:** El TCL desde una perspectiva transdiagnóstica parece encajar con las propuestas existentes. Solventaría los problemas de solapamiento y comorbilidad existentes. Facilitaría a los clínicos la evaluación de los síntomas TCL así como en los procesos diagnósticos del trastorno por déficit de atención e hiperactividad se evalúa la desregulación emocional o el perfeccionismo en los trastornos de ansiedad. Facilitaría la aparición de tratamientos más individualizados.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barkley, R. A. (2014). Sluggish cognitive tempo (concentration deficit disorder?): current status, future directions, and a plea to change the name. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(1), 117-125. <http://doi.org/10.1007/s10802-013-9824-y>.
2. Camprodon, E., Duñó, L., Batlle, S., Estrada, X., Aceña, M., Marrón, M., ... Ribas-Fitó, N. (2013). El tempo cognitivo lento: revisión de un constructo, 18(2), 151-168.
3. Becker, S. P., Leopold, D. R., Burns, G. L., Jarrett, M. A., Langberg, J. M., Marshall, S. A., ...

- Willcutt, E. G. (2016). The Internal, External, and Diagnostic Validity of Sluggish Cognitive Tempo: A Meta-Analysis and Critical Review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 0(0). <http://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.12.006>
- Bernad, M. M., & Servera, M., (2016). Sluggish Cognitive Tempo: realidades Controversias. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 8(2), 125-160.
  - Belloch A. Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: evidencia, utilidad y limitaciones. *Rev Psicopatología Psicol Clínica*. 2012;17(3):295-311.
  - Sonuga-Barke EJS, Cortese S, Fairchild G, Stringaris A. Annual Research Review: Transdiagnostic neuroscience of child and adolescent mental disorders--differentiating decision making in attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, depression, and anxiety. *J Child Psychol Psychiatry*. marzo de 2016;57(3):321-49.

### DELAPEGOTEMPRANOALAESTRUCTURA LÍMITE DE LA PERSONALIDAD. EL TRABAJO EN RED COMO PREVENCIÓN

*Serra Pla, Juan Francisco*

*(Psicólogo Interno Residente en el Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona. Correo: jfserrapla@gmail.com)*

*Pozuelo López, Marian*

*(Médico Interno Residente, Especialidad en Psiquiatría en el Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona. Correo: mapozuelo\_89@gmail.com)*

*Rodríguez Pons, Paula*

*(Psicóloga Interna Residente en el Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona. Correo: paula.rp89@gmail.com)*

*Clarabuch Vicent, Ana*

*(Psicóloga clínica adjunta en Unidad CSMIJ, Servicio de Psiquiatría del Hospital San Rafael de Barcelona. Correo: aclarabuchv.hsrafael@hospitalarias.es)*

*Dot Pallarès, Marta*

*(Psicóloga clínica adjunta en Unidad CSMIJ, Servicio de Psiquiatría del Hospital San Rafael de Barcelona.*

*Correo: mdot.hsrafael@hospitalarias.es)*

*Borràs Crusat, Josefina*

*(Psicóloga clínica Coordinadora Unidad CSMIJ, Servicio de Psiquiatría del Hospital San Rafael de Barcelona. Correo: jborras.hsrafael@hospitalarias.es)*

### RESUMEN

**Introducción:** Apego: propensión instintiva a buscar seguridad en la cercanía a un individuo específico percibido como protector, en situaciones donde se dispara el miedo u otros sentimientos asociados con la percepción de vulnerabilidad (Bowlby, 1988). El 92% de los pacientes con TLP presentan apego inseguro, especialmente de tipo preocupado y no resuelto. La comunicación con los padres es inconsistente, al igual que su disponibilidad. Los niños desarrollan ansiedad e incertidumbre acerca de cuándo pueden o no depender de ellos, no estando seguros de lo que pueden esperar. Esta ambivalencia crea una inseguridad en la relación padre-hijo que continuará en las futuras relaciones del niño. Este necesita dar sentido a su experiencia, así que se adapta a sus circunstancias lo mejor que puede, y seguirá intentando conseguirlo en todas sus futuras relaciones. El progenitor está emocionalmente desbordado, asustado o funciona de manera caótica, convirtiéndose en fuente de alarma y confusión para el niño, en lugar de en un refugio seguro. Esto le coloca en una paradoja biológica, pues el sistema biológico de apego está programado para motivar al niño a recurrir al progenitor en momentos de malestar para ser consolado y protegido; pero a la vez, escapar del miedo también es un mecanismo biológico. No puede escapar de esta situación, por lo que el sistema de apego se vuelve desorganizado y caótico. El niño está haciendo en realidad una aproximación organizada a la relación (desorganizada) que mantiene con sus padres.

**Material y Métodos:** Abordaje en red mediante el programa "Interxarxes" (CSMIJ, escuela, centro juvenil, CSMA y servicios sociales) sobre un caso de funcionamiento límite. Paciente de 12 años con antecedentes de trastorno de conducta, inestabilidad emocional, violencia filio-paternal, problemas relacionales e impulsividad. Antecedentes familiares: padre con trastorno por dependencia al alcohol y madre con trastorno bipolar. Presenta desbordamiento emocional, conductas de heteroagresividad verbal y física, y repetidos intentos parasuicidas manipulativos

tras disputas conyugales y paterno-filiales. Manifiesta sensación de incompreensión y desconfianza por parte del entorno.

**Resultados:** Construcción de una alianza terapéutica sólida: validación empática de la realidad situacional y del sufrimiento, establecer límites sobre comportamientos autodestructivos. Fomento de la reflexión más que de la acción impulsiva. Reducción de la tendencia a la escisión. Reasignación de la culpa. Mejora comunicación familiar.

**Conclusiones:** Ingredientes activos para la efectividad del tratamiento: Marco de tratamiento integral con diferentes dispositivos. Estimular la participación activa de la paciente en el tratamiento. Empatía y validación. Comprensión y expresión de emociones vinculadas a la conducta impulsiva. Eliminar la culpa. Proporcionar psicoeducación sobre el diagnóstico y su tratamiento.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ubieto, J.R. (2002) (redactor) Avellaneda, A.; Gispert, J.; Godínez, R.; Vilajoana, J. EL TREBALL EN XARXA, una estratègia col·lectiva davant la segregació en Documento de trabajo del I Congrés Català de Salut Mental Infanto juvenil. Barcelona.

## DIFERENCIAS CLINICAS ENTRE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA Y EL SINDROME ALCOHOLICO FETAL

*Baos Sendarrubias, Carmen Pilar*

*Licenciada en Medicina, especialista en psiquiatría. FEA en UHBIJ del Hospital General de Ciudad Real. Hospital General de Ciudad Real. vimuma9@gmail.com*  
*Muñoz Martínez, Victoria*

*Filiación: Licenciada en Medicina, especialista en psiquiatría. FEA en UHBIJ del Hospital General de Ciudad Real. Hospital General de Ciudad Real.*

*Jiménez Londoño, Germán*

*Licenciado en Medicina, especialista en psiquiatría. FEA en USM del Hospital General de Ciudad Real. Hospital General de Ciudad Real.*

*Mella Dominguez, Laura*

*Licenciada en Medicina, especialista en psiquiatría. FEA en la UHBIJ del Hospital General Universitario de Ciudad Real.*

*Asensio Aguerri Leonor*

*Licenciada en Medicina, especialista en psiquiatría. FEA en la UHB del Hospital General Universitario de Ciudad Real.*

## RESUMEN

**Introducción:** El propósito de este trabajo es describir el tipo de dificultades sociales que presentan los niños con TEA en comparación con aquellos diagnosticados de un SAF. El TEA se caracteriza por déficits en la comunicación social recíproca y el SAF está definido por problemas del crecimiento, disfunción del sistema nervioso central, anomalías faciales (fisuras palpebrales anormales, filtro aplanado y labio superior fino) junto con antecedentes de exposición al alcohol durante el periodo prenatal. Los niños con SAP presentan las mismas dificultades que los menores con un TEA, incluyendo intereses sensoriales, fallos cognitivos, déficits en la función ejecutiva, pobres cualidades de adaptación y alteraciones en las interacciones sociales.

A pesar de que las dificultades sociales son comunes en los niños con un SAF, estas son diferentes a las que presentan los niños con un TEA. Mientras que los niños con un TEA a menudo son descritos referido como distantes o desinteresados en ciertos tipos de interacción social, los menores con un SAF son descritas conductas como demasiado sociales y además son sociales de manera indiscriminada.

**Material y Métodos:** Las búsquedas se realizaron en MedLine y Pubmed usando como descriptores: TEA, Síndrome alcohólico fetal en artículos cuya publicación sea menor de 4 años de antigüedad.

**Resultados:** Tras evaluar a los menores que acudieron a la unidad de diagnóstico precoz del Hospital General de Ciudad Real con el ADI-R y el ADOS-2, se observaron que las dificultades para iniciar la interacción social, compartir el afecto, y el uso de la comunicación no verbal eran comunes en los niños con ASD, pero rara en los niños con FASD.

**Conclusiones:** Los comportamientos socialmente inapropiados y la dificultad a la hora de mantener relaciones sociales, fueron aspectos que son comunes tanto en el TEA como en el SAF. Estos hallazgos sugieren que mientras que la propensión a la interacción

social parece ser un factor de diferenciación entre los niños con TEA y aquellos que están fuera del espectro, las alteraciones en la interacción social puede ser un parámetro menos discriminativo. Referir que a pesar de la importancia de las pruebas diagnósticas “gold standard”, es muy importante hacer una buena historia clínica y evaluar de manera detallada la psicopatología presentada por los menores.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stevens S.A, Clairman H. Nash K, Rovet, J. (Social perception in children with fetal alcohol spectrum disorder. *Child Neuropsych.* 2016);1-14.
2. Connolly SC, Millians, M, Peterman R, Shillingsburg MA. The Clinical Application of Applied Behavior Analysis in a Child With Partial Fetal Alcohol Syndrome: A Case Study. *J Pediatr Nurs.* 2016;15(3):225-242.

### PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL (HDIJ) DE CASTELLÓN

*R. Teresa Álvarez Núñez*

*Enfermera Especialista en Salud Mental, Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. e-mail: teresaalvarez02@gmail.com*

*Camacho Guerrero, Laura*

*Psicóloga Interna Residente. Hospital Universitario La Plana, Villarreal.*

*Martínez Lluesma, Selene*

*Psicóloga Interna Residente. Hospital Universitario La Plana, Villarreal.*

*Espinosa-Mata, Matilde.*

*Psicóloga Clínica. Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia. Hospital General Universitario de Castellón. Universitat Jaume I.*

*Salcedo Fernández, Marta*

*Enfermera especialista en salud mental. Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.*

*Real-López, Matias*

*Psiquiatra. Coordinador del Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Universitat Jaume I.*

### RESUMEN

**Introducción:** El HDIJ de Castellón, creado hace 6 años, es el único Hospital de Día de la Comunidad Valenciana que atiende específicamente a población Infanto-Juvenil. Este recurso asistencial ofrece hospitalización parcial a menores con trastornos mentales graves, garantizando una atención integral y personalizada que incluye: tratamiento farmacológico, psicoterapia individual y grupal, talleres psicoeducativos y ocupacionales y terapia familiar. Desde el HDIJ se trata de promover un cambio cognitivo y conductual en los menores para alcanzar un nivel adecuado de funcionamiento personal y social. La finalidad del presente trabajo consiste en analizar las variables sociodemográficas de aquellos adolescentes que han sido atendidos en el HDIJ durante estos 6 años.

**Material y Métodos:** La muestra estuvo formada por 96 pacientes del HDIJ de Castellón (42,70% mujeres; edad media = 14,60; DT = 1,24). Los criterios de admisión en este dispositivo son: tener entre 12 y 16 años, estar matriculados en la E.S.O. en algún centro de la provincia de Castellón y haber sido atendidos en alguno de los dispositivos de salud mental de referencia. A su ingreso, tanto los pacientes como sus familias realizan una entrevista clínica y cumplimentan diversos cuestionarios que evalúan características sociodemográficas y clínicas.

**Resultados:** Un 86,5% de los pacientes participantes eran españoles. La mayoría tenían un nivel socioeconómico medio o bajo (50% y 43,6% respectivamente). En un 50% de los casos la estructura familiar estaba formada por madre y padre, mientras que en el 28,1% convivían únicamente con su madre. El 12,5% de los menores había sido adoptado. En cuanto al recurso que les derivó, la mayor parte (55,2%) provenía del Programa de Trastorno Mental Grave en la Infancia y Adolescencia, seguidos de un 35,4 % de casos derivados de Unidades de Salud Mental Infantil. La duración media del ingreso fue de 9,31 meses (DT = 8,09) y el motivo más frecuente de alta fue por mejoría (67,9 % de los casos).

**Conclusiones:** En conclusión, los pacientes atendidos en el HDIJ son en su mayoría jóvenes españoles, que presentan un nivel socioeconómico medio-bajo, conviven con ambos padres o sólo con la madre y que han sido atendidos y derivados por centros especializados de salud mental antes del ingreso. La evidencia hasta el momento,

en línea con lo hallado en otros HDIJ1, sugiere que el tratamiento realizado en este tipo de recurso asistencial es eficaz, dado que las altas se deben en la mayoría de ocasiones a mejoría de los pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Solana, B. Atención integral a los trastornos mentales graves en la infancia. Centro de día terapéutico-educativo de Ortuella. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. 2010; 50: 181-196.

## LA CLAVE DE NUESTRO EQUIPO: LA COMUNICACIÓN

*Blanco Pérez, María Dolores*

*Técnica en Cuidados Auxiliares de Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Unidad de Hospitalización de Salud Mental Infanto-Juvenil del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón, nanaja964@hotmail.com*

*Cubas Herrero, Lorena*

*Enfermera Especialista en Salud Mental, Unidad de Hospitalización de Salud Mental Infanto-Juvenil del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón, locuhevlc@gmail.com*

*Escobar Palomares, Ana Isabel*

*Enfermera Especialista en Salud Mental, Unidad de Hospitalización de Salud Mental Infanto-Juvenil del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón, anaescobarpalomares@gmail.com*

*Jorge Campos, Mari Luz*

*Técnica en Cuidados Auxiliares de Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Unidad de Hospitalización de Salud Mental Infanto-Juvenil del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón, lucecitavillenera@hotmail.com*

*Pallarés Carretero, Ignacio Ramón*

*Enfermero Especialista en Salud Mental, Unidad de Hospitalización de Salud Mental Infanto-Juvenil del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón, nacho.pallares@hotmail.com*

*Sánchez Rodríguez, Ángela*

*Técnica en Cuidados Auxiliares de Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Unidad de Hospitalización de Salud Mental Infanto-Juvenil del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón, angelasr\_87@hotmail.com*

## RESUMEN

**Introducción:** En la práctica diaria el equipo de enfermería realiza la entrega y recepción de turno como una actividad esencial basada en la comunicación, no sólo entre enfermeras y auxiliares sino también para el intercambio de información interprofesional e interniveles. El tiempo dedicado a la transferencia de información clínica de un paciente es fundamental para promover la planificación, continuidad y calidad del cuidado, mejorando la seguridad del paciente.

El proceso de traspaso precisa de una comunicación directa que, para disminuir errores, debe apoyarse en documentación estructurada y uso de tecnología. Se utilizan gráficas, hojas de pauta o notas para optimizar esta intervención (2,6). La Organización Mundial de la Salud recomienda un enfoque estandarizado. Específicamente se recomienda la técnica SBAR (Situation, Background, Assessment y Recommendation) o SAER (Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación). Este método de traspaso estructurado de información es el más recomendado para situaciones complejas por su claridad y efectividad.

Nuestro objetivo es describir las intervenciones relacionadas con el traspaso de información de cada paciente dentro del equipo multidisciplinar de la Unidad de Hospitalización de Salud Mental Infanto Juvenil del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón (CHPC).

**Material y Métodos:** Trabajo descriptivo del procedimiento de traspaso de información sobre el paciente para garantizar la continuidad de cuidados entre los diferentes turnos y miembros del equipo interdisciplinar de la Unidad de Hospitalización de Salud Mental Infanto Juvenil (UHSMIJ) del CHPC. Para el traspaso entre turnos, utilizamos como instrumento la hoja de relevo de elaboración propia y para el intercambio de información interprofesional el método SBAR. Ambos se complementan con los registros realizados en soporte informático Kewan y Gacela.

**Resultados:** Establecer un proceso estandarizado de traspaso de información que facilite la comunicación interprofesional y entre turnos de trabajo en la UHSMIJ del CHPC.

**Conclusiones:** En la práctica asistencial el tiempo

y recursos dedicados a un correcto y eficaz traspaso de información repercute en la seguridad y calidad del cuidado al paciente. Por ello reiterar la importancia de la formación especializada de los profesionales que componen el equipo, así como el uso de herramientas y protocolos estandarizados.

Si se considera lo anterior, se justifica la importancia de reconocer el tiempo de traspaso de información o relevo de turno dentro de la jornada laboral.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García Ávila, C.N, Carolina Delgado, L, Moreno Herreño, M.J., Ruiz Vélez, Y.M. Transición segura del cuidado en la entrega y recibo de turno a la cabecera del paciente. Profundización del cuidado I. Fundación Cardioinfantil-Instituto de Cardiología. Universidad de la Sabana, Facultad de Enfermería y Rehabilitación. Bogotá D.C. 2016.
2. Vítolo, F. Pases de pacientes y continuidad de la atención en instituciones de agudos. Noble compañía de seguros. Biblioteca virtual Noble. Julio 2013.
3. Llerena Cortez N, Cárdenas L, Protocolo de transferencia de información de pacientes en puntos de transición. Ministerio de Salud Pública - Hospital Vicente Corral Moscoso Cuenca-Ecuador; 2015.
4. Guevara Lozano, M., Arroyo Marlés, L.P. El cambio de turno: un eje central del cuidado de enfermería. *Enfermería Global*. 2015; 14 (1).
5. Moreno Fernández, M.T., San Martín Rodríguez, L, Análisis del trabajo en equipo entre enfermeras y auxiliares de enfermería, según los distintos modelos de organización de enfermería. Universidad Pública de Navarra. Grado en Enfermería 2014-2015.
6. Smeulers, M. Lucas, C. Vermeulen, H. Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients (Review). The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd. 2014.

### COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PSICOSIS DE INICIO TEMPRANO: POSIBLES FACTORES IMPLICADOS

*González Payá, Beatriz.*

*Unidad de Psiquiatría y Psicología del Niño y el Adolescente del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Spain. E-mail: bpaya@humv.es.*

*Juncal Ruiz, María.*

*Residente Psiquiatría en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Spain. E-mail: mjuncal11@gmail.com*

*González Pinto, Ana.*

*Stanley Institute International Mood-Disorders Research Center, 03-RC-003, Hospital Santiago Apóstol, CIBERSAM, Vitoria, Spain.*

*Castro Fornieles, Josefina.*

*Unidad de Psiquiatría y Psicología del Niño y el Adolescente del Hospital Clínic Universitari de Barcelona, Spain, IDIBAPS.*

*Graell Berna, Montserrat.*

*Unidad de Psiquiatría y Psicología del Niño y el Adolescente del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús Madrid, Spain.*

*Arango López, Celso.*

*Unidad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, Madrid, Spain.*

### RESUMEN

**Introducción:** en las últimas décadas las complicaciones obstétricas (CO) se han relacionado con un mayor riesgo de desarrollar una psicosis de inicio temprano. Los objetivos de este estudio son comparar la prevalencia de CO entre pacientes con psicosis de inicio temprano y controles sanos y evaluar si existe una relación entre la aparición de CO y una alteración posterior en el funcionamiento premórbido.

**Material y Métodos:** los datos para este estudio se han obtenido de un estudio longitudinal, multicéntrico (CAFEPS) llevado a cabo durante los años 2003 y 2005 en 6 hospitales españoles. La muestra del estudio se divide

en tres grupos: pacientes con esquizofrenia de inicio temprano (n=42), pacientes con trastorno bipolar de inicio temprano (n=23) y controles (n=89). Se han analizado las siguientes variables: datos sociodemográficos, alteraciones en el desarrollo, coeficiente intelectual (CI) premórbido (estimado por el subtest de vocabulario del WAIS), ajuste premórbido (escala PAS) y la presencia/ausencia de CO (escala de Lewis-Murray) agrupadas en: globales, prenatales y peri/postnatales.

**Resultados:** los pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar tienen más alteraciones en el CI premórbido respecto al grupo control (p=0.001). Los pacientes con esquizofrenia presentan más alteraciones en el desarrollo que el grupo control (p=0.05), y más que los pacientes con trastorno bipolar, aunque sin llegar a ser esta diferencia estadísticamente significativa (p=0.053). Los pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar tienen más alteraciones en el ajuste premórbido que el grupo control (p=0.000). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los antecedentes de CO entre los tres grupos, ni entre las CO prenatales (p=0.489), ni entre las CO peri/postnatales (p=0.964). Sí se encontró una asociación estadísticamente significativa (p=0.004) entre las CO prenatales y la aparición posterior de alteraciones en el desarrollo en el grupo de pacientes respecto al grupo control. Sin embargo, la asociación entre las CO peri/postnatales y alteraciones posteriores en el desarrollo no fue estadísticamente significativa (p=0.398).

**Conclusiones:** los pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar de inicio temprano tienen una alteración en el funcionamiento premórbido. Aunque no se ha encontrado una relación entre los antecedentes de CO y el desarrollo posterior de psicosis temprana, sí parece haber una relación entre las CO prenatales y alteraciones posteriores en el desarrollo. Esto sugiere que las CO prenatales podrían aumentar el riesgo de padecer una alteración en el desarrollo en algunos pacientes, lo que a su vez podría aumentar el riesgo de desarrollar una psicosis de inicio temprano.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Heun R, Maier W. The role of obstetric complications in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*, 1993;181(4)220-226.

## DIFERENCIAS CLÍNICAS EN CHICOS Y CHICAS VÍCTIMAS DE BULLYING EN PACIENTES DEL HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL (HDIJ) DE CASTELLÓN

*Real-López, Matias*

*Psiquiatra. Coordinador del Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Universitat Jaume I. e-mail: matiasreal90@gmail.com*

*Serrano Moragón, Naroa*

*Psicóloga*

*Martínez Borba, Verónica*

*Psicóloga*

*Martínez Lluesma, Selene*

*Psicóloga Interna Residente. Hospital Universitario La Plana, Villarreal.*

*Ramos-Vidal, Carla*

*Psiquiatra. Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Universitat Jaume I.*

*Espinosa-Mata, Matilde*

*Psicóloga Clínica. Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia. Hospital General Universitario de Castellón. Universitat Jaume I.*

## RESUMEN

**Introducción:** La literatura científica ha encontrado evidencias de un gran riesgo de victimización por bullying en menores con trastornos psiquiátricos, encontrando una mayor probabilidad de hostigamiento en el TDAH, trastornos depresivos o trastornos del espectro autista<sup>1</sup>. Existe un mayor riesgo en esta población a la hora de utilizar el suicidio como estrategia de afrontamiento ante tal problemática<sup>2</sup>. Sin embargo, recientes estudios han encontrado diferencias entre ambos sexos en este aspecto, hallando un mayor porcentaje de intentos autolíticos en las mujeres que en los hombres<sup>3</sup>.

El objetivo del presente trabajo, es analizar las características clínicas en chicos y chicas que presentan acoso escolar, con el fin de tener en cuenta estas diferencias en futuras intervenciones preventivas.

**Material y Métodos:** Se seleccionó una muestra de 49 pacientes formada por 21 mujeres y 28 varones, con un rango de edad comprendido entre 11-17 años (edad media = 14,31; DT = 1,29) que recibieron tratamiento de

salud mental en HDIJ. La selección de esta muestra se basó en la notificación de presencia de bullying previa al ingreso mediante la entrevista clínica inicial. Además se le administró el inventario de depresión infantil (CDI), el Inventario clínico para adolescentes (MACI), el Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI) y el Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en niños (STAI-C).

**Resultados:** Se encontró una diferencia entre ambos sexos en las características clínicas de estos pacientes: el diagnóstico más frecuente en mujeres era rasgos de la personalidad clúster B (antisociales, límites, narcisistas, histriónicos) (28,6%), mientras que en varones predominaba el diagnóstico de TDAH (32,1%). En esta línea, se encuentran además diferencias estadísticamente significativas en las tentativas suicidas, hallando que el 52,4 % de las chicas realizaron algún intento autolítico, frente al 7,1 % de los chicos ( $x^2=12,60$ ,  $p < .001$ ), así como en las autolesiones no suicidas: el 76,2% de las chicas había realizado conductas autolesivas, frente al 21,4% de los chicos ( $x^2= 14,55$ ,  $p<.001$ )

**Conclusiones:** Este estudio indica que existen diferencias entre las víctimas de bullying según el sexo. En nuestra muestra, parece que las chicas que han sufrido bullying presentan mayoritariamente rasgos de personalidad cluster B, mientras que en chicos es más frecuente presentar TDAH. Además, de acuerdo con investigaciones previas<sup>3</sup>, se observa en las mujeres conductas más graves como autolesiones e intentos autolíticos. Estos datos reflejan la necesidad de diseñar intervenciones específicas centradas en las características clínicas de los diagnósticos predominantes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hansen H, Hasselgård C, Undheim A, Indredavik M. Bullying behaviour among Norwegian adolescents: Psychiatric diagnoses and school well-being in a clinical sample. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2013;68(5):355-361.
2. Borowsky I, Taliaferro L, McMorris B. Suicidal Thinking and Behavior Among Youth Involved in Verbal and Social Bullying: Risk and Protective Factors. *Journal of Adolescent Health*. 2013;53(1):S4-S12.
3. Girard G. Comportamiento suicida en niños,

niñas y adolescentes. Programa Nacional de Actualización Pediátrica. Sociedad Argentina de Pediatría. 2016; Módulo G.(3):43-68.

## VARIABLES ASOCIADAS A VICTIMIZACIÓN POR BULLYING EN UNA MUESTRA DE PACIENTES DE SALUD MENTAL DE CASTELLÓN

*Salcedo Fernández, Marta. Enfermera Especialista en Salud Mental, Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia, Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón, e-mail: marsalfer\_0@hotmail.com*

*Martínez Borba, Verónica*

*Psicóloga*

*Serrano Moragón, Naroa*

*Psicóloga*

*Camacho Guerrero, Laura*

*Psicóloga Interna Residente. Hospital Universitario La Plana, Villarreal.*

*Espinosa-Mata, Matilde.*

*Psicóloga Clínica. Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia. Hospital General Universitario de Castellón. Universitat Jaume I.*

*Real-López, Matias*

*Psiquiatra. Coordinador del Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Universitat Jaume I.*

## RESUMEN

**Introducción:** En la actualidad el bullying se ha convertido en un fenómeno de gran interés tanto por su elevada prevalencia como por sus graves consecuencias. Se estima que entre el 49 y 55,8% de los alumnos ha observado algún tipo de agresión verbal en la escuela y el 22% de exclusión social<sup>1</sup>. Los estudios científicos al respecto evidencian una serie de variables comunes en las víctimas, entre las que se encuentra pertenecer a un colectivo de diversidad funcional física o mental<sup>2</sup>. El objetivo del presente trabajo es explorar las relaciones entre factores sociodemográficos y psicosociales y el bullying en una muestra de pacientes que ha seguido tratamiento de salud mental en el Hospital de Día Infanto-Juvenil (HDIJ) de Castellón.

**Material y Métodos:** La muestra está formada por 96 pacientes (el 57.3% varones), cuya edad comprende entre los 11 y 17 años (edad media= 14.60; DT = 1.24). Todos los pacientes siguieron un protocolo de evaluación que consistía en entrevista clínica, el inventario de depresión infantil (CDI), el Inventario clínico para adolescentes (MACI), el Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI) y el Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en niños (STAI-C).

**Resultados:** Los resultados muestran que el 51% de los pacientes ha sido víctima de bullying, de ellos el 57,1% son hombres. Se han encontrado correlaciones estadísticamente significativas entre el bullying y tener menor edad, nivel socioeconómico bajo y presencia de autolesiones. Además se han hallado correlaciones significativas con diversos rasgos de personalidad (introversión, inhibición, pesimismo, histrionismo, egocentrismo, conformismo, oposicionismo, autopunición y desvalorización), adaptación social (dificultades en las relaciones con los hermanos en particular y de adaptación social en general, e inseguridad ante los iguales), y depresión. No se han encontrado correlaciones significativas en ansiedad.

**Conclusiones:** Estos resultados son congruentes con la literatura, donde se describe al victimizado con un nivel socioeconómico bajo<sup>3</sup>, retraimiento, aislamiento social, introversión<sup>4</sup>, y elevados niveles de depresión<sup>5</sup>. Así, conocer las variables que se asocian al haber sido víctima de acoso escolar, podrían ayudar a desarrollar unas estrategias de prevención más eficaces, trabajando de manera específica estrategias que permitan una mejor adaptación y funcionamiento a su entorno social.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Defensor del Pueblo. Violencia escolar: el maltrato entre iguales en la Educación Secundaria Obligatoria 1999-2006. Madrid: Defensor del Pueblo; 2007.
2. Kessel Schneider S, O'Donnell L, Smith E. Trends in cyberbullying and school and bullying victimization in a regional census of high school students. J Sch Health. 2015; 85 (9): 611-620.
3. Perguero A, Williams L. Racial and ethnic stereotypes and bullying victimization. Youth Soc.

2013; 45 (4): 545-564.

4. Estévez-López E, Martínez-Ferrer B, Jiménez-Gutiérrez T. Las relaciones sociales en la escuela: El problema del rechazo. Psicología Educativa. 2009; 15 (1): 5-12.
5. Albores-Gallo L, Saucedo-García J, Ruiz-Velasco S, Roque-Santiago E. El acoso escolar (bullying) y su asociación con trastornos psiquiátricos en una muestra de escolares en México. Salud PublicaMex. 2011; 53(3): 220-227.

## EFICACIA DE LA TERAPIA PSICOEDUCATIVA EN GRUPO EN PACIENTES ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: UN ESTUDIO PILOTO

*Del Real, Agata*

*Psicóloga clínica del Servicio de Salud Mental y Adicciones del Hospital de Mataró. adel@csdm.cat*

*Piera, Angels*

*Médico psiquiatra del Servicio de Salud Mental y Adicciones del Hospital de Mataró.*

*Martínez, Bárbara*

*Psicóloga interna residente del Servicio de Salud Mental y Adicciones del Hospital de Mataró.*

*Hollenstein, M<sup>a</sup> Francisca*

*Psicóloga clínica del Servicio de Salud Mental y Adicciones del Hospital de Mataró.*

*Varela, Paloma*

*Médico psiquiatra del Servicio de Salud Mental y Adicciones del Hospital de Mataró.*

*Cañete, Josep*

*Jefe del Servicio de Salud Mental y Adicciones del Hospital de Mataró*

## RESUMEN

**Introducción:** Se asume que las personas que sufren trastornos de la conducta alimentaria (TCA) con frecuencia tienen ideas irracionales o falsas sobre los factores que causan y mantienen los síntomas.

El tratamiento psicoeducativo se ha convertido gradualmente en un componente estándar de la terapia cognitivo conductual (TCC). Hay evidencia de que tratamientos educativos breves pueden conseguir cambios conductuales en algunos pacientes. Olmsted

et al. (1991) encontraron que el tratamiento en grupo psicoeducativo era tan efectivo en reducción de algunos síntomas como la TCC en una muestra de pacientes con bulimia nerviosa. En población infantil o adolescente apenas hay publicaciones sobre la eficacia de la terapia psicoeducativa en grupo. Hay estudios que encuentran eficaz la terapia psicoeducativa en familias con pacientes adolescentes que sufren TCA (Spettigue et al., 2015).

Nuestro estudio tiene como objetivo evaluar la eficacia de la psicoeducación en pacientes adolescentes del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) de Mataró, Barcelona.

**Material y métodos:** Se trata de un ensayo no controlado. Las participantes eran seis pacientes mujeres entre 14-16 años derivadas por el CSMIJ. Cinco diagnosticadas de TCA N.E., y una de AN. Sólo dos estaban en tratamiento farmacológico con fluoxetina 20 mg.

Se realizaron once sesiones semanales psicoeducativas en grupo. Se administraron los cuestionarios EAT 40 (Eating Attitudes Test) y el EDI-2 (Eating Disorders Inventory) pre y post tratamiento.

**Resultados:** Dos pacientes abandonan. En el cuestionario EDI 2, tras el tratamiento, bajan las puntuaciones medias centiles de todas las escalas. La diferencia es más marcada en algunas escalas: insatisfacción corporal ( $\bar{X}$  pre: 83,75;  $\bar{X}$  post: 46), obsesión hacia la delgadez ( $\bar{X}$  pre: 74,75;  $\bar{X}$  post: 53) y ascetismo ( $\bar{X}$  pre: 77;  $\bar{X}$  post: 57,5).

Los resultados muestran una reducción discreta en la media de la escala total del cuestionario EAT-40 tras la intervención ( $\bar{X}$  pre: 73,75;  $\bar{X}$  post: 65,65).

**Conclusiones:** Los resultados son acordes a los hallados en la literatura científica en población adulta que informa de mejoras discretas de la sintomatología alimentaria tras tratamientos psicoeducativos. Se encuentra en nuestra muestra adolescente mejoría de algunos síntomas importantes como la insatisfacción corporal, la obsesión hacia la delgadez y el ascetismo. Existen limitaciones del estudio por falta de grupo control, muestra pequeña y falta de medida del mantenimiento de las mejoras en el tiempo

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Spettigue et al. A psycho-education intervention for parents of adolescents with eating disorders:

a randomized controlled trial. *Eating Disorders*, 23:60-75, 2015.

## CATATONIA EN LA ADOLESCENCIA. DETRÁS DEL SÍNDROME: UN CASO REAL

Rodríguez Campos María Rosario.

Psiquiatra. Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil. Fuenlabrada. [mrcampos@salud.madrid.org](mailto:mrcampos@salud.madrid.org)

Zabaleta Andreu Iraia.

MIR 3 Psiquiatría. H. Universitario Fuenlabrada. [iraiazabaleta@gmail.com](mailto:iraiazabaleta@gmail.com)

**Introducción:** La catatonía es un síndrome de alteraciones motoras que se puede observar en varias edades, asociándose a patologías psiquiátricas y, también, médicas. Aparece en trastornos afectivos, psicóticos, patología médica y con el uso de fármacos.

**Material y Métodos:** Análisis de un caso real.

**Resultados:** Paciente de 14 años con diagnósticos previos de Retraso madurativo y Disarmonía evolutiva. Último diagnóstico Trastorno mixto de emociones y comportamiento, así como discapacidad psíquica y problemática familiar.

En el marco de negligencia familiar, Tutelada por su Comunidad Autónoma, vive en centro residencial desde hace más de dos años.

En seguimiento en CSM de zona, sin ningún estresor vital significativo, durante más de un mes, la paciente empieza con bloqueos del pensamiento, aumento angustia basal, mutismo casi total, risas inmotivadas, soliloquios, actitud suspicaz, y conductas bizarras y desorganizadas. No presentó sintomatología afectiva nuclear.

A dosis medias, se empleó tratamiento con Risperidona, así como Clonazepam, con respuesta discreta, desapareciendo angustia y perplejidad, mejorando conexión. Posteriormente, añadido a lo que persiste, presentó síntomas de abulia, aplanamiento afectivo, y aumentó mutismo. Se inició tratamiento con Aripiprazol. Aumentan visitas familiares. Así, durante menos de una semana, inicia cuadro de mutismo absoluto, inmovilización, posturas extrañas, flexibilidad cérica y negativismo extremo, afectando a necesidades básicas como la ingesta y la micción de forma grave.

Precisó internamiento hospitalario. Se descartó causa

médica. Se retiró tratamiento neuroléptico y se empleó Lorazepam con mejoría parcial, precisando TEC para su resolución durante la hospitalización en una unidad psiquiátrica. Como medidas de soporte necesitó alimentación mediante SNG.

Al alta, se empleó tratamiento neuroléptico con Quetiapina.

Tras la resolución del cuadro, en los últimos seis meses, además de persistir conductas desorganizadas, se ha observado la presencia de síntomas negativos y deterioro cognitivo progresivo. Disminuyendo funcionalidad global, impresionando de Esquizofrenia.

**Conclusiones:** Actualmente, la incidencia de la catatonia se ha visto reducida. En parte es debido a un infra-diagnóstico. Esto hace pensar que los profesionales no lo tenemos presente. Cabe recordar que puede llegar a causar la muerte. Es importante el diagnóstico precoz para iniciar el tratamiento adecuado cuanto antes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Weder ND, Muralee S, Penland H, . Catatonia: A review. *Ann Clin Psychiatry*. 2008;20:97–107.

## USO DE PALMITATO DE PALIPERIDONA EN PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR Y RETRASO MENTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Ibáñez Plans, Ingrid*

*Hospital Fundación Xarxa Asistencial de Manresa. Althaiia (Médico residente en psiquiatría. ingrid\_ibpl@hotmail.com)*

*Varela Bodenlle, Eva*

*Hospital Clínico de Barcelona (Médico especialista en psiquiatría)*

*Cercos López, Amanda*

*Hospital Clínico de Barcelona (Médico especialista en psiquiatría)*

*Gomes Da costa, Susana Patricia*

*Hospital Clínico de Barcelona (Médico residente en psiquiatría)*

## RESUMEN

**Introducción:** A partir de un caso clínico realizamos una revisión bibliográfica de la efectividad de palmitato

de paliperidona intramuscular en fases maníacas del trastorno bipolar y retraso mental y la relevancia en la adherencia al tratamiento.

**Material y Métodos:** Paciente varón de 17 años diagnosticado de TDAH en la infancia y en tratamiento con metilfenidato de liberación inmediata, con respuesta parcial y aparición de apato-abulia. Posteriormente se detecta CI límite y se inicia metilfenidato de liberación modificada con apatía como efecto secundario. Se ensaya atomoxetina presentando episodio maníaco que remite suspendiendo el tratamiento y añadiendo aripiprazol. Se realiza de nuevo revalorización cognitiva diagnosticándose de retraso mental. Durante el seguimiento se identifican 4 episodios sugerentes de clínica maniforme, alguno de ellos con síntomas psicóticos. Se realiza diagnóstico de trastorno bipolar. Precisó un primer ingreso en unidad de agudos por sintomatología maniforme. Al alta en tratamiento con aripiprazol y se decide pasar a aripiprazol de liberación prolongada. Nuevo episodio maniforme añadiéndose risperidona, que se retiró progresivamente. Nueva descompensación maníaca, que dado los antecedentes de buena respuesta a la risperidona, se inicia tratamiento con paliperidona oral cambiando posteriormente a palmitato de paliperidona, manteniéndose estable hasta la actualidad.

**Resultados:** Los antipsicóticos depot han sido usados como estrategia para reducir la mala adherencia en los trastornos bipolares<sup>1</sup>. Entre los antipsicóticos de segunda generación, sólo la risperidona de depósito se ha estudiado y aprobado para el tratamiento de mantenimiento<sup>2</sup>. La paliperidona y la risperidona tienen propiedades farmacológicas casi idénticas y la risperidona se metaboliza en parte a paliperidona incluso después de la admisión parenteral. Se han descrito una serie de casos de pacientes con trastorno bipolar con fases maníacas en que el palmitato de paliperidona, mostró eficacia en la prevención de recaídas y del número de hospitalizaciones, así como reducción de los episodios de heteroagresividad física<sup>3,4</sup>. Algunos estudios indican en pacientes con retraso mental tratados con palmitato de paliperidona, una mejora de la gravedad del cuadro clínico medidas con la escala ICG y se detecta un incremento en puntuación PSP sobretudo en el área de comportamientos perturbadores o agresivos<sup>5,6,7</sup>.

**Conclusiones:** El tratamiento con antipsicóticos depot de segunda generación como palmitato de paliperidona, pueden ser una buena estrategia para reducir la mala adherencia al tratamiento y prevenir recaídas en pacientes bipolares después de un episodio maniaco, así como para controlar las alteraciones de conducta en pacientes con retraso mental.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Samalin L1, Nourry A, Charpeaud T, Llorca PM. What is the evidence for the use of second-generation antipsychotic long-acting injectables as maintenance treatment in bipolar disorder?. *Nord J Psychiatry*. 2014 May;68(4):227-35. doi: 10.3109/08039488.2013.801078. Epub 2013 Jun 24
2. Alexandre Duarte GiganteBeny LaferLakshmi N. Yatham. Long-Acting Injectable Antipsychotics for the Maintenance Treatment of Bipolar Disorder. *CNS Drugs* 2012;26 (5)
3. Yuan Hwa Chou, Po-Chung Chu, Szu-Wei Wu, Jen-Chin Lee, Yi-Hsuan Lee, I-Wen Sun, Chen-Lin Chang, Chien-Liang Huang, I-Chao Liu, Chia-Fen Tsai, Yung-Chieh Yen. A Systemic Review and Experts' Consensus for Long-acting Injectable Antipsychotics in Bipolar Disorder. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience* 2015;13(2):121-128
4. Massimiliano Buoli, MD, Valentina Ciappolino, MD, and Alfredo Carlo Altamura, MD. Paliperidone Palmitate Depot in the Long-term Treatment of Psychotic Bipolar Disorder: A Case Series. *Clinical Neuropharmacology*. Volume 38, Number 5, Sep/Oct 2015
5. J. Artigas-Pallarés. Pharmacological treatment of Mental Retardation. *Rev Neurol* 2006; 42 (Supl 1): S109-S115
6. De Leon J1, Greenlee B, Barber J, Sabaawi M, Singh NN. Practical guidelines for the use of new generation antipsychotic drugs (except clozapine) in adult individuals with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil*. 2009 Jul-Aug;30(4):613-69. doi: 10.1016/j.ridd.2008.10.010. Epub 2008 Dec 11
7. Nieves Prieto Mestre; Antonio Pérez Urdániz. Experiencia clínica con palmitato de paliperidona en pacientes con retraso mental (C.I.≤70) y con CAPAC.

### PSICOSIS INFANTIL, A PROPÓSITO DE UN CASO

*Sevillano Benito, Isabel  
Especialista en Pediatría. MIR-4 Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría del HCUV Valladolid.*

*isasebe@gmail.com*

*Gómez Sánchez, Sofía*

*MIR-3 Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría del HCUV Valladolid.*

*sofi.gosan@gmail.com*

*Gómez García, Marta*

*MIR-1 Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría del HCUV Valladolid.*

*martareh@hotmail.es*

*Mongil López, Beatriz*

*Psiquiatra infantojuvenil. Servicio de Psiquiatría del HCUV Valladolid.*

*bmongil@saludcastillayleon.es*

*Geijo Uribe, Soraya*

*Psiquiatra infantojuvenil. Servicio de Psiquiatría del HCUV Valladolid.*

*msgeijo@saludcastillayleon.es*

*Uribe Ladrón de Cegama, Fernando*

*Jefe de Servicio de Psiquiatría del HCUV Valladolid.*

*fduribe@saludcastillayleon.es*

### RESUMEN

**Introducción:** Presentamos el caso de una niña de 11 años que ingresa por sintomatología psicótica a estudio.

**Material y Métodos:** Se trata de una niña sana, únicos antecedentes a destacar: bajo peso al nacer e ictericia neonatal. A los 7 años clínica de falta de atención, valorada se descartó TDAH. No otros antecedentes personales ni familiares de interés.

**Resultados:** De manera progresiva y sin ningún desencadenante aparente, la notan “extraña”, “más seria y apagada”, comienza a aislarse. Decía que “había un niño que la perseguía, vigilaba e insultaba; oía como tiraba piedras a su ventana durante la noche o botaba un balón para fastidiarla”, que “hay cámaras en su casa para vigilarla”, “los coches la persiguen”... Conductas extrañas, se encierra en el baño, se niega a ducharse, se tapa con una toalla... Duda si “sus padres están compinchados con esta gente, o que en realidad no sean sus verdaderos padres y sean unas personas disfrazadas

de ellos”. Con la menarquia la clínica empeora, presenta conductas desorganizadas, dice que los “restos de la menstruación son bichos que le han introducido y que le comen la carne por dentro porque se está pudriendo”, “el agua y la comida están envenenadas y podridas”. Muestra alteraciones conductuales y cuadros de agitación cada vez más frecuentes hasta encerrarse desnuda armario con la mirada perdida.

Cuadro muy florido al ingreso, bloqueada y angustiada, alucinaciones auditivas con intensa repercusión afectiva, suspicacia marcada. Mucha dificultad para el aseo porque cree que el agua de la ducha está envenenada. Evoluciona de forma lenta pero progresiva, desaparecen las alucinaciones y hace crítica de la ideación delirante. Se realiza despistaje orgánico y se inicia tratamiento con lorazepam 2mg/día y olanzapina (hasta 15 mg/día) que se sustituye por Risperidona (4 mg/día), presentando buena respuesta y tolerancia. Al alta se realiza diagnóstico de trastorno esquizofreniforme.

**Conclusiones:** La esquizofrenia de inicio en la infancia es difícil de diagnosticar debido al predominio de las formas de inicio insidioso. Se emplean los mismo criterios que en los adultos, pero existen algunas peculiaridades propias de estas etapas del desarrollo. Algunos niños diagnosticados inicialmente de esquizofrenia, más tarde pueden llegar a ser un trastorno bipolar. Hay que ser prudente y ver la evolución de manera individual. Lo más adecuado sería no establecer diagnósticos precoces en episodios iniciales sino hablar de “psicosis temprana”.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. C. Soutullo Esperón y M. J. Mardomingo Sanz. Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. AEPNYA. Ed panamericana. Madrid, 2010.
2. M. C. Ballesteros Alcalde. Práctica clínica paidopsiquiátrica. Historia clínica. Guías clínicas. Adalia. Barcelona, 2006.

## CUIDANDO EMOCIONES A CADA MINUTO

Jorge Campos, M<sup>a</sup> Luz

Auxiliar de Enfermería en unidad de Hospitalización Infante – Juvenil (H. Provincial de Castellón)

e – mail: lucevitavillenera@gmail.com

Márquez Arbués, Silvia

D.U.E. Especialidad Salud Mental y L. Psicología

clínica, cargo laboral: Enfermera en la unidad de Hospitalización Infante – Juvenil (H. Provincial de Castellón)

e – mail: silvymar3@hotmail.com

Ortega Margaritt, Soledad

Auxiliar de Enfermería en unidad de Hospitalización Infante – Juvenil (H. Provincial de Castellón)

e – mail: sole\_enrique@hotmail.com

Ortiz Expósito, Josefa

Auxiliar de Enfermería en unidad de Hospitalización Infante – Juvenil (H. Provincial de Castellón)

e – mail: pepiortizexpósito@gmail.com

: Sánchez Rodríguez, Ángela

Auxiliar de Enfermería en unidad de Hospitalización Infante – Juvenil (H. Provincial de Castellón)

e – mail: angelasr\_87@hotmail.com

Soler García, Francisca

L. Psicología clínica y Auxiliar de Enfermería, cargo laboral: Auxiliar de enfermería en unidad de Hospitalización Infante – Juvenil (H. Provincial de Castellón).

e - mail: paquidelsol333@gmail.com

## RESUMEN

**Introducción:** En el póster que se va a presentar al Congreso “Integrando miradas”, se va a plasmar la dinámica que se lleva a cabo, en el día a día, en la Sala de Hospitalización Infante - Juvenil del Hospital Provincial de Castellón.

Se mostrarán imágenes de las diversas actividades realizadas, así como los objetivos y beneficios de las mismas.

### Material y Métodos

- Tipo de trabajo: Revisión bibliográfica y descripción de trabajo en la sala.
- Utilización de fotografías de trabajos realizados por pacientes en la sala.

**Resultados:** El establecimiento de un horario de actividades en la sala de Hospitalización Infante - Juvenil, dentro de un ambiente terapéutico adecuado y continuamente supervisado por el personal de enfermería, permite la realización de numerosas intervenciones y talleres que además de garantizar la correcta cumplimentación del tratamiento, posibilita la observación directa de sintomatología, efectos

adversos y complicaciones que pudiera presentar, ayudan a la adaptación del paciente siempre fomentando su autocuidado y favoreciendo en la medida de sus posibilidades, la relación de convivencia dentro de la unidad, promoviendo relaciones interpersonales saludables, el autoconocimiento, la expresión de sentimientos y emociones, así como la adquisición de conocimientos y valores.

Se trata también durante su estancia, la recuperación de los patrones de enfermería alterados observados al ingreso mediante trabajo multidisciplinar.

**Conclusiones:** Con el desempeño de las actividades mostradas bajo una imprescindible coordinación minuciosa del equipo terapéutico en su trabajo diario, se logra aprovechar el tiempo de ingreso de cada paciente como herramienta para facilitar la adquisición de conocimientos y habilidades extrapolables al quehacer cotidiano a la vez que se realiza tratamiento de su patología con observación constante del paciente, pudiéndose atender de manera inmediata y conjunta, sus diversas alteraciones médicas y patrones disfuncionales de enfermería detectados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fornés Vives, J. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica, valoración y cuidados, 2ª edición. Editorial Médica Panamericana S.A, Madrid 2012
2. Moreno García I. Características de la intervención terapéutica en la infancia. En: Comeche Moreno M<sup>ª</sup>I., Vallejo Pareja M.A. Manual de Terapia de conducta en la infancia. 2ª edición. Madrid: Dykinson - Psicología; 2012. p 27 -78.
3. Carreras LL., Eijo P., Estany A., Gómez M<sup>ª</sup>T., Guich R., Mir V., Ojeda F., Planas T., Serrats M<sup>ª</sup>G. Cómo educar en valores. 14ª Edición. Madrid: Narcea S.A de Ediciones; 2006

## UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DE ADOLESCENTES DEL HUCA, OVIEDO. UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

*Torío Ojea, Esther.*

*MIR Psiquiatría en HUCA, Oviedo. Servicio de Salud del Principado de Asturias.*

*Email: etoryo@hotmail.com*

*Seijo Zazo, Elisa.*

*Psiquiatra en Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de adolescentes del HUCA, Oviedo. Servicio de Salud del Principado de Asturias.*

*Moya Lacasa, Carlota.*

*MIR Psiquiatría HUCA, Oviedo. Servicio de Salud del Principado de Asturias.*

*Díaz de la Peña, Alicia.*

*Psiquiatra en Centro de Salud Mental Infanto-juvenil de Teatinos (Oviedo), Servicio de Salud del Principado de Asturias.*

*Fernández Fernández, Jennifer*

*Psiquiatra, Servicio de Salud del Principado de Asturias.*

*González-Carloman González, Lucía*

*Psiquiatra en Centro de Salud Mental Infanto-juvenil de Teatinos (Oviedo), Servicio de Salud del Principado de Asturias.*

## RESUMEN

**Introducción:** Entre un 10 y un 20% de la población mundial menor de 18 años puede presentar algún trastorno psiquiátrico<sup>1</sup>. De ellos, un 1% requerirá ingreso psiquiátrico.

Uno de los recursos terapéuticos del Principado de Asturias es la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de adolescentes (UHPa), destinada a la hospitalización breve de adolescentes (de 12 a 17 años) cuyo estado psíquico atraviese una alteración grave que impida el desarrollo de su vida cotidiana.

**Material y Métodos:** Realizamos un estudio descriptivo de los ingresos en la UHPa durante el año 2016, con el objetivo de elaborar un análisis de los datos obtenidos.

Utilizamos como materiales los datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística (Revisión del Padrón Municipal, 01-01-2015) y la base de datos de los ingresos en la UHPa del HUCA.

Seleccionamos como muestra el conjunto de pacientes ingresados en la UHPa durante el año 2016 y analizamos las siguientes variables: edad, sexo, número de ingresos y diagnóstico al alta (CIE-10)<sup>2</sup>.

**Resultados:** Hay 102 ingresos en total, de los cuales el 38,24% son varones y el 61,76 % son mujeres.

Entre la población menor de 18 años del principado de Asturias la tasa de ingresos es de 7,43 de cada 10000 habitantes/ año, siendo la tasa de ingresos en varones de 5,5 y en mujeres de 9,4.

De los diagnósticos al alta, los más prevalentes son los Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (F90-98) con un 33,3%, seguido de los Trastornos afectivos (F30-F39) con un 24,5% y los Trastornos del desarrollo psicológico (F80-89) con un 13,72%.

**Conclusiones:** Los resultados de nuestro estudio indican que hay una mayor proporción de ingresos en las mujeres en comparación con los varones menores de 18 años.

Los diagnósticos que mayor número de ingresos generan por situación de crisis son: los Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, los Trastornos afectivos y los Trastornos del desarrollo psicológico.

Estos datos nos deben guiar para plantear hipótesis que puedan ayudar a mejorar las estrategias de promoción de la Salud Mental Infanto-Juvenil a nivel multidisciplinar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández Liria A, Gómez Beneyto M. Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes. Cuadernos técnicos nº 14. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2009. Disponible en: <http://www.aen.es/docs/CTecnicos14.pdf>.
2. World Health Organization. CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: MEDITOR; 1992.

## EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL TDAH EN LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

*Herreros Rodríguez, Óscar*

*(Médico Especialista en Psiquiatría, Unidad de Salud Infanto-juvenil Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada)*

*González Domenech, Pablo José*

*(Médico Especialista en Psiquiatría, Centros Socio-sanitarios Diputación Provincial de Granada)*

*Hidalgo Aguado, María Teresa*

*(Psicóloga, Centros Socio-sanitarios Diputación Provincial de Granada)*

*Martínez Hinojosa, Carlos*

*(Médico Especialista en Psiquiatría, Equipo de Salud Mental Motril, Granada)*

## RESUMEN

**Introducción:** La prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en la Discapacidad Intelectual (DI) es dos o tres veces mayor que en la población general (8,7-40%)<sup>1</sup>. Sin embargo, son escasos los estudios en esta población<sup>2</sup>. Los objetivos de este trabajo son determinar la respuesta a los síntomas TDAH en DI tras una intervención dual psicofarmacológica y psicológico-conductual y estudiar la sensibilidad de tres herramientas de evaluación.

**Material y Métodos:** Se presenta un caso de DI severa (CI inferior a 35; edad mental, 2 años y 5 meses) que presenta síntomas de hiperactividad, impulsividad e inatención. Se realizó una evaluación inicial utilizando tres herramientas: 1. Escala EDAH (Farre y Narbona, 1997), que evalúa síntomas TDAH en población general; 2. Escala ABC-EC (Aman y col., 1985), que detecta alteraciones del comportamiento en DI; 3. Evaluación funcional de conductas problemáticas, que evalúa frecuencia, intensidad y factores relacionados con conductas específicas. Tras la evaluación inicial se realizó una intervención dual, psicofarmacológica (Medikinet R, 10 mg/día) y psicológico-conductual (programa de modificación de conducta). A las 6 semanas se repitió la evaluación.

**Resultados:** En la evaluación inicial, la escala EDAH no alcanzó puntuaciones significativas para el diagnóstico de TDAH. La escala ABC-EC tampoco detectó alteraciones del comportamiento. Sin embargo, en la evaluación funcional inicial de conductas problemáticas se detectó una actividad motora por encima de lo habitual, conductas de tocar de manera impulsiva objetos y personas de alrededor y gran dificultad para seguir instrucciones verbales. En la evaluación final no se obtuvieron modificaciones significativas en las puntuaciones de EDAH y ABC-EC. Sin embargo, la evaluación funcional final de conductas problemáticas detectó una disminución de la conducta de tocar personas y objetos, una mayor facilidad para seguir instrucciones, y una mayor capacidad para mantenerse sentado durante la realización de actividades.

**Conclusiones:** Los síntomas TDAH en DI pueden responder a una intervención combinada psicofarmacológica y psicológico-conductual. Las escalas EDAH para el diagnóstico TDAH en población general y ABC-EC para el de alteraciones del comportamiento en DI no son suficientemente sensibles a las manifestaciones de hiperactividad, impulsividad e inatención en la población afecta de DI. Son necesarios futuros estudios controlados para diseñar herramientas que detecten síntomas TDAH en DI y estudien la respuesta a las intervenciones dirigidas a estos síntomas.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pearson DA, Aman MG. Ratings of hyperactivity and developmental indices: should clinicians correct for developmental level? *J Autism Dev Disord.* 1994 Aug;24(4):395-411.
2. Freeman NC, Gray KM, Taffe JR, Cornish KM. Development of a New Attention Rating Scale for Children With Intellectual Disability: The Scale of Attention in Intellectual Disability (SAID). *Am J Intellect Dev Disabil.* 2015 Mar;120(2):91-109.

#### DESMITIFICACIÓN DIAGNÓSTICA DEL SÍNDROME DE KLEINE-LEVIN

*Luperdi Castro, Sussy Carolina*

*Médico Residente de Psiquiatría. Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia, Departamento de Psiquiatría. Av. Fernando Abril Martorell, 106. 46026. Valencia. España. e-mail: sussy010@hotmail.com*

*Castelló-Gascó, Javier*

*Psiquiatra Infantil. Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia, Departamento de Psiquiatría. Av. Fernando Abril Martorell, 106. 46026. Valencia. España. e-mail: javicastellogasco@yahoo.es*

#### RESUMEN

**Introducción:** El síndrome de Kleine Levin (SKL) se considera una enfermedad rara, clasificada dentro del grupo de las hipersomnias recurrentes, de inicio habitual durante la adolescencia. Tradicionalmente se caracteriza por la triada de hipersomnia hiperfagia e hipersexualidad. La literatura describe asimismo multiplicidad de manifestaciones psicopatológicas, cuya presencia puede dificultar o retrasar el proceso diagnóstico.

**Material y métodos:** Revisión sistemática del SKL considerando artículos de descripción clínica psicopatológica, a propósito del debut de un caso en edad infantil.

**Resultados:** Se identifican pocos autores especializados en psiquiatría y pocos estudios que enfoquen las descripciones psicopatológicas en el SKL. La hipersomnia recurrente es la única característica nuclear del cuadro (99-100%), siendo posible además alteraciones de consciencia, cognitivas y perceptivas. La hiperfagia e hipersexualidad se describen en un 66% y 53% respectivamente. El SKL puede ser una entidad de difícil diagnóstico diferencial, simulando o incluso coexistiendo con trastornos de ansiedad, o propiamente psicóticos o afectivos (especialmente Trastorno Bipolar, donde se han identificado factores de vulnerabilidad común para ambas entidades).

**Conclusiones:** El rango etario de presentación del caso clínico expuesto es de los más precoces descritos por la literatura. Se produjo un importante retraso diagnóstico-terapéutico fundamentado en la riqueza psicopatológica subyacente. La presentación polimorfa de la patología desmitifica la triada clásica y revaloriza la psicopatología descriptiva y diagnóstico diferencial con otras entidades netamente psiquiátricas. Se pone en evidencia la importancia del especialista en Psiquiatría del niño y del adolescente respecto al diagnóstico y tratamiento precoces, así como su contribución en el campo descriptivo e investigador.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arnulf, I. (2015). Kleine-Levin Syndrome. *Sleep Med Clin* , 10 (2), 151-61.
2. Arnulf, I; Lecendreux M; Franco P, Dauvilliers Y. (2008). Kleine-Levin syndrome: a state of the art. *Rev Neurol* , 164 (8), 658-68.
3. Geoffroy, PA; Arnulf I; Etain B; Henry C. (2013). Kleine-Levin syndrome and Bipolar disorder: a differential diagnosis of recurrent and resistant depression. *Bipolar Disorder* , 15 (8), 899-902.
4. Miglis MG, G. C. (2016). Kleine-Levin syndrome. *Curr Neurol Neurosci* , 16 (6), 60.

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: 5 CASOS DE PSICOSIS**

*Verdegall Branchadell, Teresa*

*Enfermera. Unidad de Trastornos Alimentarios.  
Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. E-mail:  
labranchadell@hotmail.com*

*Ramos-Vidal, Carla*

*Psiquiatra. Programa de Trastorno Mental Grave de  
la Infancia y la Adolescencia. Consorcio Hospitalario  
Provincial de Castellón. Universitat Jaume I.*

*Sánchez Cano, Débora*

*Médico Interno Residente en Psiquiatría. Hospital  
General Universitario. Castellón.*

*Navarro Martínez, José Antonio*

*Médico Interno Residente en Psiquiatría. Hospital  
General Universitario. Castellón.*

*Herrero Martínez, Cristina*

*Enfermera Interna Residente en Salud Mental. Consorcio  
Hospitalario Provincial de Castellón.*

*Real-López, Matias*

*Psiquiatra. Coordinador del Programa de Trastorno  
Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia. Consorcio  
Hospitalario Provincial de Castellón. Universitat Jaume  
I.*

### **RESUMEN**

**Introducción:** La prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) es un dato difícil de obtener debido a la disparidad metodológica de los estudios y a que las poblaciones de estudio no son siempre comparables<sup>1</sup>. Aun así el perfil de paciente con TCA está bien definido: mujer (más del 95% de los casos) y de edad comprendida entre el inicio de la adolescencia y primeros años de juventud<sup>2</sup>.

Esta franja de edad es de riesgo también para el debut de otros tipos de patología mental por lo que se precisa un correcto diagnóstico diferencial<sup>3</sup>.

En concreto, en el transcurso de un TCA, se estima que la incidencia de psicosis es del 10-15%, de ellas un 3% serán endógenas y el resto episodios psicóticos transitorios<sup>4</sup>.

**Material y método:** Se revisan todos los casos nuevos derivados a la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria desde el 2013 a la actualidad (N=413) y

se encuentran 8 pacientes con trastornos psicóticos. Exponemos una serie de 5 casos de pacientes con presentación clínica inicial compatible con TCA y cuya evolución fue hacia diferentes diagnósticos del espectro de la esquizofrenia.

**Resultados:** Los 5 casos presentaron una fase previa al diagnóstico de psicosis en que la clínica apuntó hacia un TCA (1 caso de Bulimia Nerviosa y 4 casos de Anorexia Nerviosa). Todas ellas mujeres con edades comprendidas entre los 13 y los 17 años en el momento del debut. En 3 de los casos existió un consumo de cannabis que pudo influir en la presentación de la clínica psicótica pero el diagnóstico se mantuvo más allá del consumo activo.

Los diagnósticos finales de las pacientes fueron de Trastorno psicótico no especificado (2 casos), Trastorno Esquizoafectivo, Esquizofrenia (2 casos).

**Discusión:** La temprana edad de inicio de los TCA resulta una etapa de vulnerabilidad evolutiva y puede coincidir con etapas iniciales de otro tipo de patologías graves, entre ellas los cuadros psicóticos. Síntomas como la disminución de la ingesta, preocupación excesiva por la imagen o conductas de control o compensación propias de los TCA pueden en ocasiones enmascarar clínica de índole psicótica como los delirios de envenenamiento, ideas autorreferenciales o creencias delirantes relativas a la comida o el cuerpo. En los casos descritos, el inicio de los cuadros se planteó con conductas alimentarias muy abigarradas: escupir saliva por miedo a su contenido calórico, marcada hostilidad hacia las familias, agresividad extrema o un aislamiento social muy llamativo. Estos casos tuvieron una evolución tórpida hasta que el correcto diagnóstico permitió un encuadre terapéutico adecuado.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Peláez Fernández MA, Raich Escursell RM, Labrador Encinas FJ. Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios* 2010;1(1): 62-75.
2. Ruiz-Lázaro PM, Comet PM, Calvo AI, Zapata M, Cebollada M, Trébol L, Lobo A. Prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos. *Actas Españolas Psiquiatría* 2010;38(4):204-211

3. Flora de la Barra M. Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia. Revista chilena de neuro-psiquiatría 2009 ;47(4):303-314
4. Paola MA, Barbara PA, Antonietta RA, Gerardo FB, Davide SC, Marco B.L. RC et al. Symptoms of psychosis in anorexia and bulimia nervosa. Psychiatry research, 2010; 175: 237-243

### NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TDAH CON COMORBILIDAD CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD: CARACTERÍSTICAS Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO

*Azucena Díez Suárez, Dolores Tejado Flors, María Vallejo Valdivielso, María Pilar DeCastro Manglano, Cesar Soutullo Esperón. Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Clínica Universidad de Navarra.*

*Azucena Díez-Suárez, M.D., Ph.D., psiquiatra del niño y el adolescente, unidad de psiquiatría infantil y adolescente de la Clínica Universidad de Navarra, departamento de psiquiatría y psicología médica; presidenta de la Sociedad de Psiquiatría Infantil de la Asociación Española de Pediatría y profesora asociada de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra.*

Contacto : [adiez@unav.es](mailto:adiez@unav.es)

#### RESUMEN

**Introducción:** El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se asocia a otras comorbilidades psiquiátricas en más de la mitad de los casos. Entre las más frecuentes se encuentran los trastornos de ansiedad, y esta comorbilidad implica mayor impacto en todas las áreas.

**Objetivo:** Analizar las diferencias (características clínicas, tipo de tratamiento farmacológico y su respuesta), entre dos grupos de pacientes niños y adolescentes con TDAH: con trastornos de ansiedad y sin ellos.

**Métodos:** se incluyeron todos los niños y adolescentes (6-18 años) que acudían a consultas externas de la Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente de la Clínica Universidad de Navarra. A todos ellos se les realizaron exploraciones neuropsicológicas.

**Resultados:** De los 475 pacientes con TDAH (edad media 11,2±3,2 años, 80,2% varones), 97 (20,4%) presentaban al menos un trastorno de ansiedad comórbido. El trastorno más frecuente era el no especificado, seguido del trastorno de ansiedad por separación. No se hallaron diferencias en: sexo, edad al diagnóstico, tipo de TDAH, presencia de trastornos del comportamiento, Cociente intelectual (CI) total, gravedad de los síntomas de TDAH, uso de tratamiento con atomoxetina o metilfenidato, ni respuesta al mismo. El trastorno depresivo era más frecuente en el grupo de ansiedad (19% vs 7%,  $p < 0,001$ ), y el CI manipulativo (WISC-IV-R), inferior en el grupo de niños con ansiedad (95,5 vs 100,5,  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** Este grupo de pacientes con TDAH y ansiedad, tiene más comorbilidad con trastorno depresivo, y menor CI manipulativo.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Halldorsdottir T, Ollendick TH. Comorbid ADHD: Implications for the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. Cogn Behav Pract. 2014;21(3):310-322. doi:10.1016/j.cbpra.2013.08.003.
2. Armstrong D, Lycett K, Hiscock H, Care E, Sciberras E. Longitudinal Associations Between Internalizing and Externalizing Comorbidities and Functional Outcomes for Children with ADHD. Child Psychiatry Hum Dev. 2014;46(5):736-748. doi:10.1007/s10578-014-0515-x.
3. Sciberras AE, Lycett K. Anxiety in Children With Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder. Pediatrics. 2014;133(5):801-808. doi:10.1542/peds.2013-3686.

### REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL IMPACTO DE LA EDUCACIÓN MUSICAL EN LA PREVENCIÓN DE TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

*Miguel Pérez Polanco*

*MD. (mperez.36@alumni.unav.es)*

*Azucena Díez-Suárez*

*M.D., Ph.D., psiquiatra del niño y el adolescente, unidad de psiquiatría infantil y adolescente de la Clínica*

*Universidad de Navarra, departamento de psiquiatría y psicología médica; presidenta de la Sociedad de Psiquiatría Infantil de la Asociación Española de Pediatría y profesora asociada de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. (adiez@unav.es)*

## RESUMEN

**Introducción:** El entrenamiento musical ha mostrado su papel preventivo en salud mental en niños y adolescentes. Existen diversos estudios, heterogéneos, que valoran el efecto de la educación musical sobre el cerebro de los niños. Algunos de ellos valoran estos cambios por técnicas de neuroimagen y otros por exploraciones neurológicas o psicológicas.

**Objetivos:** evaluar la evidencia científica relativa al papel del entrenamiento y educación musical en la prevención de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes.

**Métodos:** Se utilizaron bases de datos como Pubmed o Cochrane para revisar las publicaciones sobre el tema. Otros recursos alternativos fueron utilizados para discutir los resultados. El principal criterio de inclusión fue la relación entre música y cerebro. Como criterio secundario se consideró la exposición a entrenamiento musical instrumental. Un tercer criterio fue la edad: de 3 a 23 años. El grado de evidencia y los principales sesgos fueron tenidos en cuenta y analizados.

**Resultados:** Se hallaron 1137 publicaciones, de las cuales, tras revisar los resúmenes, se seleccionaron 30, de las que se eliminaron 2 tras revisar el texto completo, con lo que quedaron 28 publicaciones. El 87% de ellas (24 de 28) encontraron diferencias en la función cerebral con el entrenamiento musical. El 70% de los estudios encontraron diferencias significativas en la mejora de habilidades referentes al lenguaje. El entrenamiento musical parece mejorar las habilidades en lectura. Hay mucha heterogeneidad entre los estudios pero los resultados son consistentes entre las publicaciones incluidas. Esta revisión es también consistente con otras revisiones similares. Aunque solo un 30% de los estudios utilizaron técnicas de imagen en su diseño, estos confieren a una fuerte evidencia a los resultados de esta revisión. La principal limitación de la mayoría de las

publicaciones evaluadas es un sesgo de selección debido a una mala selección al inicio así como la ausencia de aleatorización adecuada.

**Conclusiones:** La educación en instrucción musical mejora las habilidades en lectura. Sin embargo, es necesario ampliar y precisar la investigación en campo de la música y el cerebro así como de otras actividades saludables que pudieran tener un mismo efecto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Redes. tv: Eduard Punset; 2011.
2. NEWMAN D. The road to resilience [Internet]. Apa.org. 2016 [cited 17 July 2015]. Available from: <http://www.apa.org/>
3. Hudziak J. Developmental psychopathology and wellness. Washington, DC: American Psychiatric Pub.; 2008.
4. Vermont Family Based Approach. About [Internet]. [cited 18 January 2016]. Available from: <http://blog.uvm.edu/vfba/about/>
5. Karssen A, Her S, Li J, Patel P, Meng F, Bunney W et al. Stress-induced changes in primate prefrontal profiles of gene expression. *Molecular Psychiatry*. 2007;12(12):1089-1102.
6. McGowan P, Sasaki A, D'Alessio A, Dymov S, Labonté B, Szyf M et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature Neuroscience*. 2009;12(3):342-348.
7. Libro Blanco de La Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2016.
8. LIBRO VERDE. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Universidad Complutense de Madrid; 2005.
9. Invertir en salud mental. Geneve: Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud; 2016.
10. [bernardvanleer.org](http://bernardvanleer.org/). La primera infancia en perspectiva. Programas eficaces para la primera infancia. [Internet]. 2016 [cited 1 August 2015]. Available from: [http://www.bernardvanleer.org/Programas\\_eficaces\\_para\\_la\\_primera\\_infancia](http://www.bernardvanleer.org/Programas_eficaces_para_la_primera_infancia)
11. Hudziak J, Albaugh M, Ducharme S, Karama S, Spottswood M, Crehan E et al. Cortical Thickness Maturation and Duration of Music

- Training: Health-Promoting Activities Shape Brain Development. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2014;53(11):1153-1161.e2.
12. Moher D. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Annals of Internal Medicine*. 2009;151(4):264.
  13. Luders E, Thompson P, Toga A. The Development of the Corpus Callosum in the Healthy Human Brain. *Journal of Neuroscience*. 2010;30(33):10985-10990.
  14. Langevin L, MacMaster F, Crawford S, Lebel C, Dewey D. Common White Matter Microstructure Alterations in Pediatric Motor and Attention Disorders. *The Journal of Pediatrics*. 2014;164(5):1157-1164.e1.
  15. Thompson P, Giedd J, Woods R, MacDonald D, Evans A, Toga A. Growth patterns in the developing brain detected by using continuum mechanical tensor maps. *Nature*. 2000;404(6774):190-193.
  16. Fine J, Musielak K, Semrud-Clikeman M. Smaller splenium in children with nonverbal learning disability compared to controls, high-functioning autism and ADHD. *Child Neuropsychology*. 2013;20(6):641-661.
  17. Seither-Preisler A, Parncutt R, Schneider P. Size and Synchronization of Auditory Cortex Promotes Musical, Literacy, and Attentional Skills in Children. *Journal of Neuroscience*. 2014;34(33):10937-10949.
  18. Hurwitz I, Wolff P, Bortnick B, Kokas K. Nonmusical Effects of the Kodaly Music Curriculum in Primary Grade Children. *Journal of Learning Disabilities*. 1975;8(3):167-174.
  19. Slater J, Tierney A, Kraus N. At-Risk Elementary School Children with One Year of Classroom Music Instruction Are Better at Keeping a Beat. *PLoS ONE*. 2013;8(10):e77250.
  20. The Effects Of Training In Timing And Rhythm On Reading Achievement. (2012). [online] 5. Available at: <http://www.cluteinstitute.com/> [Accessed 10 Jan. 2016].
  21. Strait, D., Kraus, N., 2013. Biological impact of auditory expertise across the life span: musicians as a model of auditory learning. *Hear. Res.* <http://dx.doi.org/10.1016/j.heares.2013.05.001>.
  22. Douglas, S., Willatts, P., 1994. The relationship between musical ability and literacy skills. *J. Res. Read.* 17 (2), 99–107.
  23. Forgeard M, Winner E, Norton A, Schlaug G. Practicing a Musical Instrument in Childhood is Associated with Enhanced Verbal Ability and Nonverbal Reasoning. *PLoS ONE*. 2008;3(10):e3566.
  24. Moreno S, Marques C, Santos A, Santos M, Castro S, Besson M. Musical Training Influences Linguistic Abilities in 8-Year-Old Children: More Evidence for Brain Plasticity. *Cerebral Cortex*. 2008;19(3):712-723.
  25. Rautenberg I. The effects of musical training on the decoding skills of German-speaking primary school children. *Journal of Research in Reading*. 2013;38(1):1-17.
  26. Overy K, Nicolson R, Fawcett A, Clarke E. Dyslexia and music: measuring musical timing skills. *Dyslexia*. 2003;9(1):18-36.
  27. Rauscher, F.H., Hinton, S.C., 2011. Music instruction and its diverse extra-musical benefits. *Music Percept.* 29 (2), 215–226.
  28. Moritz C, Yampolsky S, Papadelis G, Thomson J, Wolf M. Links between early rhythm skills, musical training, and phonological awareness. *Read Writ.* 2012;26(5):739-769.
  29. Degé F, Schwarzer G. The Effect of a Music Program on Phonological Awareness in Preschoolers. *Frontiers in Psychology*. 2011;2.
  30. Herrera, L., Lorenzo, O., Defior, S., Fernandez-Smith, G., Costa-Giomi, E., 2010. Effects of phonological and musical training on the reading readiness of native- and foreign-spanishspeaking children. *Psychol. Music* 39 (1), 68–81.
  31. Cogo-Moreira H, de Ávila C, Ploubidis G, Mari J. Effectiveness of Music Education for the Improvement of Reading Skills and Academic Achievement in Young Poor Readers: A Pragmatic Cluster-Randomized, Controlled Clinical Trial. *PLoS ONE*. 2013;8(3):e59984.
  32. Kraus N, Slater J, Thompson E, Hornickel J, Strait D, Nicol T et al. Music Enrichment Programs

- Improve the Neural Encoding of Speech in At-Risk Children. *Journal of Neuroscience*. 2014;34(36):11913-11918.
33. Gromko, J.E., 2005. The effect of music instruction on phonemic awareness in beginning readers. *J. Res. Music Educ.* 53 (3), 199–209.
  34. Fisher D. Early Language Learning With and Without Music. *Reading Horizons*. 2016;42(1).
  35. Register, D., Darrow, A.-A., Standley, J., Swedberg, O., 2007. The use of music to enhance reading skills of second grade students and students with reading disabilities. *J. Music Ther.* 44 (1), 23–37.
  36. Strait D, Kraus N. Biological impact of auditory expertise across the life span: Musicians as a model of auditory learning. *Hearing Research*. 2014;308:109-121.
  37. Tierney A, Krizman J, Skoe E, Johnston K, Kraus N. High school music classes enhance the neural processing of speech. *Frontiers in Psychology*. 2013;4.
  38. Strait D, Slater J, O'Connell S, Kraus N. Music training relates to the development of neural mechanisms of selective auditory attention. *Developmental Cognitive Neuroscience*. 2015;12:94-104.seit
  39. Register, D., 2004. The effects of live music groups versus an educational children's television program on the emergent literacy of young children. *J. Music Ther.* 41, 2–27.
  40. Roskam, K., 1979. Music therapy as an aid for increasing auditory awareness and improving reading skill. *J. Music Ther.* 16, 31–42.
  41. Costa-Giomi, E. (2004). Effects of Three Years of Piano Instruction on Children's Academic Achievement, School Performance and Self-Esteem. *psychol music*, 32(2), pp.139-152.
  42. Bhide A, Power A, Goswami U. A Rhythmic Musical Intervention for Poor Readers: A Comparison of Efficacy With a Letter-Based Intervention. *Mind, Brain, and Education*. 2013;7(2):113-123.
  43. Strait, D., Slater, J., O'Connell, S. and Kraus, N. (2015). Music training relates to the development of neural mechanisms of selective auditory attention. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 12, pp.94-104.
  44. Kraus N, Slater J, Thompson E, Hornickel J, Strait D, Nicol T et al. Music Enrichment Programs Improve the Neural Encoding of Speech in At-Risk Children. *Journal of Neuroscience*. 2014;34(36):11913-11918.
  45. Patel A. Why would Musical Training Benefit the Neural Encoding of Speech? The OPERA Hypothesis. *Frontiers in Psychology*. 2011;2.
  46. Slater J, Strait D, Skoe E, O'Connell S, Thompson E, Kraus N. Longitudinal Effects of Group Music Instruction on Literacy Skills in Low-Income Children. *PLoS ONE*. 2014;9(11):e113383.
  47. Cogo-Moreira H. Music education for improving reading skills in children and adolescents with dyslexia. 2012
  48. Hurkmans J, de Bruijn M, Boonstra A, Jonkers R, Bastiaanse R, Arendzen H et al. Music in the treatment of neurological language and speech disorders: A systematic review. *Aphasiology*. 2012;26(1):1-19.
  49. Daykin N, Orme J, Evans D, Salmon D, McEachran M, Brain S. The Impact of Participation in Performing Arts on Adolescent Health and Behaviour: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Health Psychology*. 2008;13(2):251-264.
  50. Aninstrumentforeverychild.ca. An Instrument for Every Child [Internet]. [cited 18 January 2016]. Available from: <https://aninstrumentforeverychild.ca/>
  51. ASPE. 2015 Poverty Guidelines [Internet]. 2015 [cited 18 January 2016]. Available from: <https://aspe.hhs.gov/2015-poverty-guidelines>
  52. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. MADRID: MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD CENTRO DE PUBLICACIONES; 2016.
  53. Cite This For Me. Ahorra Tiempo y Mejora tus Notas con Cite This for Me, la Herramienta Para Citaciones Automáticas Número 1 [Internet]. [cited 18 January 2016]. Available from: <https://www.citethisforme.com/es>

## EMASCULACIÓN DURANTE UN PRIMER BROTE PSICÓTICO EN MENOR DE EDAD

*Baos Sendarrubias, Carmen Pilar*

*Licenciada en Medicina, especialista en psiquiatría. FEA en UHBIJ del Hospital General de Ciudad Real. Hospital General de Ciudad Real. vimuma9@gmail.com*

*Muñoz Martínez, Victoria*

*Licenciada en Medicina, especialista en psiquiatría. FEA en UHBIJ del Hospital General de Ciudad Real. Hospital General de Ciudad Real.*

*Jiménez Londoño, Germán*

*Licenciado en Medicina, especialista en psiquiatría. FEA en USM del Hospital General de Ciudad Real. Hospital General de Ciudad Real.*

*RODRIGUEZ GOMEZ CARREÑO CARLOS*

*Licenciado en Medicina, especialista en psiquiatría. FEA en UHB del Hospital General de Ciudad Real. Hospital General de Ciudad Real.*

*Asensio Aguerri Leonor.*

*Licenciada en Medicina, especialista en psiquiatría. FEA en UHB del Hospital General de Ciudad Real. Hospital General de Ciudad Real.*

*Mata Saenz Beatriz.*

*Licenciada en Medicina, especialista en psiquiatría. FEA en USM del Hospital General de Ciudad Real. Hospital General de Ciudad Real.*

### RESUMEN

**Introducción:** La auto-mutilación es una consecuencia rara, pero catastrófica, de la enfermedad mental grave. La mayoría de los pacientes suelen presentar un trastorno psicótico, generalmente esquizofrenia. No se sabe en que momento del transcurso de la enfermedad es posible que aparezca el proceso de mutilación. Existen diferentes modalidades de mutilación incluyendo partes del cuerpo como testículos, pene o incluso una parte de una extremidad. Se ha comprobado que suele ocurrir en el primer episodio psicótico, derivándose posteriormente en una esquizofrenia. El tratamiento de la enfermedad puede reducir la incidencia de este proceso.

**Material y Métodos:** Paciente que ingresa en la UHBIJ de Ciudad Real tras ser encontrado inconsciente es su domicilio. El paciente había comprado por internet anestésicos y se la había inyectado de manera intravenosa

causándole convulsiones. Los padres le encuentran en WC con un libro de anatomía y con notas varias que hablaban de procesos quirúrgicos para proceder a una amputación de pene. Los padres refieren que desde hacía unos 4 meses, el paciente estaba totalmente aislado en su habitación, estudiando los libros de anatomía del padre y el Corán.

**Resultados:** Durante la evolución del ingreso, el paciente refiere que todo lo que tenga con la mujer es puro y que el pene supone una representación de la impureza, por eso tiene que desaparecer. Refiere que él es uno de los enviados de Alá en la tierra y que para poder dar a conocer el mensaje, tiene que convertirse en un ser puro, lo que implica desprenderse de toda representación física que se corresponda con la impureza, como es el pene. Durante el ingreso en planta, intenta además enuclearse el ojo debido a “ que debo tener una visión limpia y pura del mundo”.

**Conclusiones:** Tras una pauta de antipsicóticos, remite la sintomatología psicótica y es dado de alta. En cuanto al pronóstico de esta enfermedad, una vez entrado en remisión, es menos probable que actúen de la misma manera cuando los síntomas aparezcan de nuevo en una recaída. Es importante trabajar la conciencia de enfermedad del paciente y que tenga una buena red de apoyo socio familiar y sanitaria. Como en este caso, la mutilación ocular merece una atención especial porque puede ocurrir en un ambiente hospitalario. En todos los casos de emasculación se requiere atención médica urgente. La reimplantación de los genitales y extremidades amputados se pueden realizar incluyendo en el caso de la amputación de testículos la necesidad de terapia hormonal sustitutiva.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gray R, Deane K. What is it like to take antipsychotic medication? A qualitative study of patients with first episode psychosis. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2016;23(2):108-115.
2. Veeder TA, Leo RJ. Male genital self-mutilation: a systematic review of psychiatric disorders and psychosocial factors. *Psychiatry Res.* 2017;44, 43-50.

## IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA TIDY (IDENTIFICACIÓN TERAPÉUTICA DE LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES) EN EL ÁREA SANITARIA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

*Varela Reboiras, Lucía.*

*Facultativa Especialista de Área de Psiquiatría. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Santiago de Compostela. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Lucia.Varela.Reboiras@sergas.es.*

*Mazaira Castro, José Alfredo.*

*Especialista en Psiquiatría. Coordinador de la Unidad y Hospitalización de Salud Mental Infanto-Juvenil del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.*

*Brenlla González, Julio Bernardo.*

*Doctor en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Titular numerario de Psiquiatría vinculado a la Jefatura de Sección de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.*

*Atienza Merino, Gerardo.*

*Doctor en Medicina. Subdirección de Calidad del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.*

### RESUMEN

**Introducción:** Dados los aparentemente altos índices de trastornos depresivos no reconocidos entre los adolescentes atendidos en Atención Primaria (AP), Kramer et al. han desarrollado un programa de identificación terapéutico (Therapeutic Identification of Depression in Young people: TIDY)<sup>1</sup>.

**Material y Métodos:** Objetivo: Implementar el programa TIDY en el área sanitaria de Santiago. Diseño: Estudio de intervención antes y después. Ámbito de estudio: Profesionales de AP del área sanitaria de Santiago. Instrumentación: Cuestionarios, hojas de recogida de datos y manual de identificación y tratamiento de la depresión. Determinaciones: Cambios en el conocimiento y las actitudes de los profesionales de AP antes y después de la formación del programa TIDY; Proporción de adolescentes cribados e identificados como deprimidos por los profesionales de AP antes y después

de la formación del programa TIDY; Detalles específicos de la consulta.

**Resultados** 1ª parte: Accedieron a participar en el estudio 16 profesionales de AP (23,19%). Los pediatras han visto 1095 pacientes entre 13-14 años en los primeros 4 meses del estudio y han diagnosticado de depresión a 38 pacientes. Los médicos de familia han visto 114 pacientes entre 15-16 años en los primeros 4 meses del estudio y han diagnosticado de depresión a 3 pacientes. En relación al cribado, ningún profesional de AP lo ha realizado, si bien han identificado con depresión al 3,39% de los adolescentes atendidos. El índice de aciertos en el cuestionario de conocimientos sobre la depresión adolescente ha sido del 70,39%. Lo que caracteriza a los profesionales de AP, según el cuestionario de actitudes sobre la depresión adolescente, es inseguridad a la hora de reconocer cuando los adolescentes están deprimidos (68,75%), falta de confianza sobre el manejo de la depresión adolescente (75%), dificultad para ser atendida en AP (50%), aunque también la ven como un asunto de ellos (68,75%), que podrían tratar dentro de su tiempo (62,5%) y que puede ser medicalizada (56,25%)

**Conclusiones** 1ª parte: El porcentaje de participación en el estudio de los profesionales de AP (23,19%) ha sido menor del esperado (60-70%).

A pesar de no haber realizado un cribado, los profesionales de AP identificaron un 3,39% de adolescentes con depresión.

Los profesionales de AP parecen tener un elevado grado de conocimiento de la depresión, habiendo obtenido un 70,39% de aciertos en el cuestionario empleado.

El cuestionario de actitudes sobre la depresión adolescente refleja unas actitudes positivas sobre la misma, lo que podría favorecer la implantación del programa TIDY.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

## URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS INFANTOJUVENILES: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS

*Urraca Camps, Lara*

*(médico psiquiatra en formación. Corporación Sanitaria Parc Taulí de Sabadell (CSPT). lurraca@tauli.cat)*

*Marín Alcaraz, Lorena (médico psiquiatra adjunta. CSPT de Sabadell)*

*Serret Llobet, Jessica (médico psiquiatra adjunta. CSPT de Sabadell)*

*Gracia Liso, Rebeca (médico psiquiatra adjunta. CSPT de Sabadell)*

*Pàmias Massana, Montserrat (médico psiquiatra adjunta. Jefa de Salud Mental Infantil y Juvenil. CSPT de Sabadell)*

*Palao Vidal, Diego Jose (médico psiquiatra adjunto. Director ejecutivo de Salud Mental. CSPT de Sabadell)*

### RESUMEN

**Introducción:** Durante los últimos años se observa una tendencia al aumento de las urgencias infantojuveniles por motivos psiquiátricos. Es importante la coordinación entre los equipos de urgencias pediátricas y de salud mental. Hemos realizado una revisión de las consultas psiquiátricas infantojuveniles atendidas en nuestro centro durante el año 2016 para realizar un análisis descriptivo, comparar el volumen de las urgencias con cortes previos y observar diferencias clínicas según sexo y edad.

**Material y métodos:** Estudio transversal descriptivo de pacientes que consultaron por motivos psiquiátricos durante el 2016 en el servicio de Urgencias Pediátricas de la CSPT de Sabadell. Se incluyeron los 470 episodios atendidos. Se realizó un análisis descriptivo y uno comparativo bivariante del diagnóstico según sexo y edad. Se utilizó el programa SPSS. Se consideró estadísticamente significativo un valor  $p < 0,05$  (bilateral).

**Resultados:** Se analizaron 470 episodios. Se detectó un incremento de las consultas respecto a tres cortes previos del mismo centro. El 60,9% eran mujeres y la edad media fue de 14,2 años (5-15; DT 2,2).

Los principales diagnósticos al alta fueron: trastorno de conducta (32,3%), trastorno de ansiedad (16,1%), trastorno depresivo (12,6%), conductas autolesivas (9,4%) y trastorno del neurodesarrollo (9,4%).

En el análisis bivariado se encontraron diferencias estadísticamente significativas de los diagnósticos respecto al sexo: conductas autolesivas (15,3% de las mujeres respecto 3,4% de los hombres;  $p < 0,001$ ), trastorno límite de personalidad (3,2% de las mujeres vs 0% de los hombres;  $p < 0,015$ ) y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (13,6% de los hombres vs 2,1% de las mujeres;  $p < 0,001$ )

También se hallaron diferencias estadísticamente significativas en relación con la edad

en los siguientes diagnósticos: trastorno depresivo (15,9% en pacientes de 12 años o mayores vs 3,4% en menores de 12 años;  $p < 0,037$ ), TDAH (35% en menores de 12 años vs 3,5% en pacientes de 12 años o mayores;  $p < 0,001$ ) y TOC (5,9% en menores de 12 años vs 1,2% en pacientes de 12 años o mayores;  $p < 0,02$ ).

El 22,6% requirió ingreso en nuestra Unidad de Crisis de Adolescentes (UCA).

**Conclusiones:** Durante el 2016, en nuestro hospital se ha aumentado el número de camas de la UCA, ampliando la zona de referencia de hospitalización. Este motivo puede haber influido en el aumento de visitas infantojuveniles a urgencias por motivo psiquiátrico. Conocer las características clínicas de las urgencias infantojuveniles por motivos psiquiátricos podría mejorar la atención de los menores con patología mental en urgencias.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Viaplana Bartolí G, Ramírez Mallafré A, Ramírez Rodríguez J, Travería Casanova J, Argemí Renom S, Muñoz Espín T. Análisis descriptivo de la patología psiquiátrica remitida desde la unidad de urgencias al servicio de Salud Mental. *An Pediatr (Barc)*. 2004;61:571-86.
2. Argemí S, Cobo J, Pujol G, Bartolí D, Aldecoa V, García M. Características y evolución de las urgencias psiquiátricas infantojuveniles en un servicio general de urgencias pediátricas hospitalarias. *Acta Pediatr Esp*. 2010;68:547-53.
3. Porter M, Gracia R, Oliva JC, Pàmias M, Garcia-Parés G, Cobo J. Mental Health Emergencies in Paediatric Services: Characteristics, Diagnostic Stability and Gender differences. *Actas Esp Psiquiatr* 2016;44(6):203-11

***"El congreso cuenta con el Reconocimiento de Interés Sanitario por parte de la Dirección General de Investigación, Innovación, Tecnología y Calidad de la Generalitat Valenciana. Tramitada la solicitud de acreditación como actividad de Formación Continuada."***

La revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil (abreviado: **Rev Psiquiatr Infanto-Juv**), de periodicidad trimestral, es la publicación oficial de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA), y tiene la finalidad de participar, a través de su publicación, en la mejora de la calidad de la asistencia clínica, de la investigación, de la docencia y de la gestión de todos los aspectos (teóricos y prácticos) relacionados con la psiquiatría del niño y el adolescente. Por ello, está interesada en la publicación de manuscritos que se basen en el estudio de estos contenidos desde sus distintos y diversos puntos de vista: genético, epidemiológico, clínico, psicoterápico, farmacológico, socio-sanitario, etc., así como desde el punto de vista social, cultural y económico.

La revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil se adhiere a los Requisitos Uniformes para Manuscritos presentados a Revistas Biomédicas (5ª edición, <http://www.icmje.org>): Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y las Normas de Vancouver, 1997.

Los originales para publicación deberán enviarse a la Secretaría Técnica de la Revista, a través de su correo electrónico, [dirección.revista@aepnya.org](mailto:dirección.revista@aepnya.org), o del sistema disponible en su página web, [www.aepnya.com](http://www.aepnya.com), en la sección "Información para autoras/es". La Secretaría acusará recibo de los originales entregados e informará en su momento acerca de su aceptación y de la fecha de posible publicación.

Esta Normas de Publicación recogen los aspectos generales más utilizados en la redacción de un manuscrito. En aquellos casos en que estas normas sean demasiado generales para resolver un problema específico, deberá consultarse la página web del International Committee of Medical Journal Editors (<http://www.icmje.org>).

Los originales se presentarán a doble espacio y con márgenes suficientes, escritos en cualquier procesador de texto estándar (a ser posible en WORD). Las hojas irán numeradas. En la primera página debe colocarse, en el orden que se cita, la siguiente información:

- a) Título original (en español e inglés).
- b) Inicial del nombre y apellidos del autor/autores.
- c) Nombre del Centro de trabajo. Población.
- d) Dirección del primer firmante y del autor al que se deba dirigir la correspondencia (incluyendo una dirección de correo electrónico).
- e) si el trabajo ha sido financiado, debe incluirse el origen y numeración de dicha financiación.

- f) Si una parte o los resultados preliminares del trabajo han sido presentados previamente en reuniones, congresos o simposios, debe indicarse su nombre, ciudad y fecha, y deberá remitirse con el manuscrito el trabajo presentado, para certificar que el original contiene datos diferentes o resultados ampliados de los de la comunicación.

La segunda página corresponderá al Resumen y Palabras Clave. El resumen se hará en español e inglés, se presentará en hoja aparte y tendrá una extensión máxima de unas 250 palabras. Presentará una estructuración similar a la del manuscrito (vg., en el caso de artículos originales, Introducción, Objetivos, Material, Métodos, Resultados y Conclusiones). Para las secciones de Casos Clínicos y Comentarios Breves se incluirá un resumen de 150 palabras aproximadamente. A continuaciones indicarán hasta un máximo de cinco Palabras Clave elegidas de acuerdo con las normas de los índices médicos de uso más frecuente (Medical Subject Headings del Index Medicus), se tal manera que el trabajo pueda codificarse a través de ellas (cf. <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>).

En general, es deseable el mínimo de abreviaturas en el texto, aceptándose los términos empleados internacionalmente. Las abreviaturas serán definidas en el momento de su primera aparición. Cuando existan tres o más abreviaturas se recomienda su listado en una tabla presentada en hoja aparte.

Los fármacos deben mencionarse por su nombre genérico.

El aparataje utilizado para realizar técnicas de laboratorio y otras deben ser identificados por la marca y la dirección de sus fabricantes.

Los instrumentos de evaluación deben ser identificados por su nombre original, el traducido al español si existiera, su/s autor/es, año, e indicaciones sobre cómo obtenerlo (editorial, web de origen, etc.)

Los manuscritos pueden ser enviados para cualquiera de las Secciones de la Revista: Artículos Originales, Artículos de Revisión, Casos Clínicos, Comentarios Breves, Cartas al Director y Notas Bibliográficas. No obstante, será el Comité Editorial quien tomará la decisión definitiva respecto a la Sección correspondiente a cada manuscrito.

Los manuscritos aceptados quedarán como propiedad permanente de la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de la misma. Todos los manuscritos deben ser inéditos, y no se aceptarán trabajos publicados en otra revista.

### 1.-Artículos Originales

Se consideran tales los trabajos de investigación originales sobre cualquiera de las áreas de interés de la Revista.

Como norma general, cada sección del manuscrito debe empezar en una página nueva, y estructurándose éste bajo la siguiente secuencia:

1. Primera página, tal y como se detalla más arriba
2. Resumen y Palabras claves (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba.
3. Introducción, en la que se explique el objeto del trabajo
4. Hipótesis y/o Objetivos
5. Material y Métodos, con la descripción del material utilizado y de la técnica y/o métodos seguidos
6. Resultados, con una exposición concisa de los datos obtenidos
7. Discusión
8. Conclusiones, y
9. Bibliografía (se recomienda no superar las 50 citas)

En el caso de tratarse de ensayos clínicos, la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil se adhiere a las condiciones definidas por la Declaración de Helsinki y sus ulteriores enmiendas ([www.unav.es/cdb/ammhelsinki2.pdf](http://www.unav.es/cdb/ammhelsinki2.pdf)), también desarrolladas en los Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.icmje.org>). Para la publicación de ensayos clínicos deberá remitirse una copia de la aprobación del protocolo de las autoridades sanitarias de los países en los que se desarrolla la investigación experimental.

### 2.- Artículos de Revisión

Se consideran tales los trabajos fruto de una investigación donde se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones publicadas o no publicadas, sobre un área de interés de la Revista, con el fin de dar cuenta de sus avances y las tendencias de desarrollo. Se caracterizan por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica, y serán preferentemente revisiones sistemáticas.

Como norma general, cada sección del manuscrito debe empezar en una página nueva, y este debe estructurarse bajo la siguiente secuencia.:

1. Primera página, tal y como se detalla más arriba
2. Resumen y Palabras claves (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba
3. Introducción, en la que se explique el objeto del trabajo
4. Justificación y/o Objetivos de la Revisión
5. Métodos, si procede, de realización de la búsqueda y revisión bibliográfica
6. Desarrollo (la revisión propiamente dicha)
7. Conclusiones y
8. Bibliografía (se recomiendan entre 50 y 80 citas, aunque será flexible según el tema tratado)

### 3.-Casos Clínicos y Comentarios Breves

Se considerarán tales los originales con tamaño muestral limitado, o que describan casos clínicos que supongan una

aportación importante al conocimiento de la enfermedad, o que revisen brevemente aspectos concretos de interés para los contenidos de la Revista.

Los trabajos publicados como Casos Clínicos o Comentarios Breves tendrán una extensión máxima de 10 folios, pudiendo contener una o dos figuras y/o tablas y hasta 10 citas bibliográficas. Se estructurarán bajo siguiente secuencia:

1. Primera página, tal y como se detalla más arriba
2. Resumen y Palabras claves (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba
3. Descripción del caso clínico, o desarrollo del comentario
4. Discusión
5. Conclusiones, y
6. Bibliografía (se recomienda no superar las 10 citas)

### 4.- Cartas al Director

En esta sección se admitirán comunicaciones breves y comunicaciones preliminares que por sus características puedan ser resumidas en un texto breve, así como aquellos comentarios y críticas científicas en relación a trabajos publicados en la Revista, y, de forma preferiblemente simultánea, las posibles réplicas a estos de sus autores, para lo cual les serán remitidas las Cartas previamente a su publicación (derecho a réplica). La extensión máxima será de 750 palabras, el número de citas bibliográficas no será superior a 10, y se admitirá, de ser necesario, una figura o una tabla.

### 5.- Notas Bibliográficas

En esta sección se incluirán comentarios sobre obras relevantes por sus contenidos acerca de las áreas de interés de la Revista.

### 6.- Secciones Especiales

Bajo este epígrafe se publicarán trabajos de interés particular para la Revista y que, por sus características, no encajen en los modelos antedichos. En general, serán secciones de carácter fijo y periódico, realizadas por encargo del Comité Editorial o a propuesta de autores socios de la AEPNYA, siempre con el compromiso del autor de mantener su periodicidad o con un diseño previo por parte de éste que indique la cantidad total de números de la Revista que contendrán la sección.

### 7.- Agenda

La sección de Agenda podrá contener notas relativas a asuntos de interés general, congresos, cursos y otras actividades que se consideren importantes para los lectores de la Revista.

### 8.- Números Monográficos

Se podrá proponer por parte de los autores socios de AEPNYA o del Comité Editorial la confección de números monográficos. En cualquier caso, el Comité Editorial y los autores estudiarán conjuntamente las características de los mismos.

### Tablas y figuras

Las tablas deben estar numeradas independientemente, con números arábigos, por su orden de aparición en el texto, y deben contener el correspondiente título describiendo su contenido, de forma que sean comprensibles aisladas del texto del manuscrito. Estarán citadas en el texto en su lugar correspondiente.

Los dibujos y gráficos especiales deberán presentarse en formato electrónico adecuado (preferiblemente jpg o tiff). Deberán llevar una numeración correlativa conjunta, estarán debidamente citados en el texto y sus pies explicativos irán incorporados al texto en el lugar de su cita. En caso de utilización de formatos informáticos especiales, los autores deben ponerse en contacto con la Secretaría Técnica de la Revista para valorar la mejor solución. Si se reproducen fotografías o datos de pacientes, éstos no deben ser identificativos del sujeto, y se acompañarán del correspondiente consentimiento informado escrito que autorice su publicación, reproducción y divulgación en soporte papel y en Internet en formato de libre acceso en la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

### Bibliografía

Las referencias bibliográficas se presentarán todas la final del manuscrito, se numerarán por orden de aparición en el texto, y el número arábigo que corresponda a cada una será el que utilizará en el texto (entre paréntesis y en tamaño de letra igual al cuerpo del texto) para indicar que ese contenido del texto se relaciona con la referencia reseñada. Se recomienda incluir en la Bibliografía la citación de trabajos en español, considerados de relevancia por el/los autor/es, y en especial de la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Las citas deben ajustarse a las siguientes normas generales (normas de Vancouver: <http://www.icmje.org>):

1.- Artículo estándar: Apellido(s) e inicial(es) del autor/es\* (sin puntuación y separados por una coma). Título completo del artículo en lengua original. Abreviatura\*\* internacional de la revista seguida del año de publicación, volumen (número\*\*\*), página inicial y final del artículo (Dunn JD, Reid GE, Bruening ML. Techiques for phosphopeptide enrichment prior to analysis by mass spectrometry. *Mass Spectr Rev* 2010;29:29-54).

\*Se mencionarán todos los autores cuando sean seis o menos; cuando sean siete o más deben citarse los seis primeros y añadir después las palabras "et al." Un estilo similar se empleará para las citas de los libros y capítulos de libros.

\*\* Las abreviaturas internacionales de las revistas pueden consultarse en la "List of Journals Indexed in Index Medicus", (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>).

\*\*\* El número es optativo si la revista dispones de nº de volumen.

2.-Libro: Autor/es o editor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; Año (Hassani S. *Mathematical physics. A morden introduction to its foundations*. New York: Springer-Verlag; 1999).

3.-Capítulo del libro: Autores del capítulo. Título del capítulo. En Director/es o Recopilador/es o Editor/es del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. p. página inicial-final del capítulo (Tsytovich VN, de Angelis U. *The kinetic approach to dusty plasmas*. En Nakamura Y, Yokota T, Sukla PK. *Frontiers in dusty plasmas*. Amsterdam: Elsevier; 2000. p. 21-28).

5.- Comunicaciones a Congresos, Reuniones, etc.: Autor/es. Título completo de la comunicación. En: nombre completo del Congreso, Reunión, etc. Lugar de celebración, fechas (Coon ET, Shaw BE, Spiegelman M. *Impacts of faulty geometry on fault system behaviors*. 2009 Southern California Earthquake Center Annual Meeting. Palm Springs, California. September 12-16, 2009.

4.-Citas electrónicas: Consultar <http://www.ub.es/biblio/citae-e.htm>. Formato básico: Autor de la página (Fecha de publicación o revisión de la página, si está disponible. Título de la página o lugar. [Medio utilizado]. Editor de la página, si está disponible. URL [Fecha de acceso] (Land, T. *Web extension to American Psychological Association style (WEAPAS)* [en línea]. Rev. 1.4. <http://www.beadsland.com/weapas> [Consulta: 14 marzo 1997].

Si una referencia se halla pendiente de publicación deberá describirse como [en prensa], siendo responsabilidad de los autores la veracidad de esta.

### Envío de manuscritos

Los originales para publicación deberán enviarse a la Secretaría Técnica de la revista, a través de su correo electrónico, [direccion.revista@aepnya.org](mailto:direccion.revista@aepnya.org), o del sistema disponible en su página web, [www.aepnya.com](http://www.aepnya.com), en la sección "Información para autor/es". La Secretaría acusará recibo de los originales entregados e informará en su momento acerca de su aceptación y de la fecha de posible publicación.

Todos los artículos deben acompañarse de una declaración de todos los autores del trabajo, manifestando que:

El manuscrito es remitido en exclusiva a la Revista de psiquiatría Infanto-Juvenil y no se ha enviado simultáneamente a cualquier otra publicación (ni está sometida a consideración), y no ha sido publicado previamente todo ni en parte. Esta última restricción no se aplica a los resúmenes derivados de las presentaciones en Congresos u otras reuniones científicas, ni a los originales que son extensión de los resultados preliminares del trabajo presentados previamente en reuniones, congresos, o simposios, debiendo en tal caso indicarse su nombre, ciudad y fecha, y remitirse junto con el manuscrito el trabajo presentado para certificar que el artículo original contiene datos diferentes o resultados ampliados de los de la comunicación.

### Los autores son responsables de la investigación.

Los autores han participado en su concepto, diseño, análisis e interpretación de los datos, escritura y corrección, así como que aprueban el texto final enviado.

Los autores deberán especificar obligatoriamente si hay algún conflicto de interés en relación a su manuscrito. Especialmente, en estudios con productos comerciales los autores deberán declarar si poseen (o no) acuerdo alguno con las compañías cuyos productos aparecen en el manuscrito enviado o si han recibido (o no) ayudas económicas de cualquier tipo por parte de las mismas. Si el trabajo ha sido financiado, debe incluirse el origen y numeración de dicha financiación.

La Secretaría de Redacción acusará recibí de los originales entregados e informará en su momento acerca de su aceptación y de la fecha de posible publicación. El manuscrito será inicialmente examinado por el Comité Editorial, y si se considera susceptible de aceptación lo revisará y/o lo remitirá, de considerarse necesario, a al menos dos revisores externos considerados expertos en el tema. El Comité Editorial, directamente o una vez atendida la opinión de los revisores, se reserva el derecho de rechazar los trabajos que no juzgue apropiados, así como de proponer las modificaciones de los mismos que considere necesarias. Antes de la publicación en versión impresa o electrónica del artículo, el autor de correspondencia recibirá por correo electrónico las pruebas del mismo para su corrección, que deberán ser devueltas en el plazo de los 4 días siguientes a su recepción. De no recibirse dicha devolución, se entenderá que dichas pruebas se aceptan como definitivas.

La editorial remitirá a cada uno de los autores que haya facilitado su correo electrónico copia facsimilar digital en PDF de cada trabajo.

#### Revisión y revisión externa (peer review)

Se remitirán a revisión externa todos los manuscritos no rechazados en primera instancia por el Comité Editorial. Los manuscritos se remiten al menos a dos revisores considerados como expertos por la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. La elección de los revisores para cada trabajo se realizará atendiendo al contenido del manuscrito. Dependiendo de los contenidos del manuscrito podrán solicitarse evaluaciones especializadas técnicas, estadísticas y farmacológicas, cuando los trabajos se refieran a ensayos clínicos y utilización de fármacos. En cualquier caso, todo el proceso de revisión será confidencial y anónimo, remitiéndose a los revisores los manuscritos sin la autoría.

A través de los informe realizados por los revisores, el Comité Editorial tomará la decisión de publicar o no el trabajo, pudiendo solicitar a los autores la aclaración de algunos puntos o la modificación de diferentes aspectos del manuscrito. En este caso, el autor cuenta con un plazo máximo de un mes para remitir una nueva versión con los cambios propuesto. Pasado dicho término, si no se ha recibido una nueva versión, se considerará retirado el artículo. Asimismo, el Comité Editorial puede proponer la aceptación del trabajo en un apartado distinto al propuesto por los autores.

La editorial revisará los aspectos formales del trabajo, descritos en estas normas. Un manuscrito puede ser devuelto a sus autores por incumplimiento de las normas de presentación. Una vez aceptados los trabajos, los manuscritos se someten

a una corrección morfolingüística y de estilo. Los autores podrán comprobar los cambios realizados al recibir las galeradas, aprobar dichos cambios o sugerir modificaciones.

#### RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Las investigaciones origen de los artículos remitidos habrán de ajustarse a la Ley 14/2007 de 3 de julio de Investigación Biomédica y sus posteriores modificaciones, así como a la Declaración de Helsinki y sus posteriores enmiendas, y deberá manifestarse en el apartado de Métodos que el protocolo de investigación y el consentimiento informado fueron aprobados por el correspondiente Comité de Ética, aportando certificado del hecho. Si pudiera sospecharse la identidad de un paciente, o si pretende publicarse una fotografía de éste, deberá presentarse su correspondiente consentimiento informado.

En caso de existir conflictos de intereses, y/o de haber recibido patrocinio o beca, deberán manifestarse siempre.

En caso del uso de animales para experimentación u otros fines científicos, deberá facilitarse la declaración de cumplimiento de las leyes europeas y nacionales (Real Decreto 1201/2005 de 10 de octubre sobre protección de los animales utilizados para experimentación y otros fines científicos, y posteriores modificaciones y regulaciones).

Los autores son responsables de obtener los oportunos permisos para reproducir material (texto, tablas, figuras) de otras publicaciones.

En la lista de autores deben figurar únicamente aquellas personas que han contribuido intelectualmente al desarrollo del trabajo. En general, para figurar como autor se deben cumplir los siguientes requisitos:

1. Haber participado en la concepción y realización del trabajo que ha dado como resultado el artículo en cuestión.
2. Haber participado en la redacción del texto y en las posibles revisiones del mismo.
3. Haber aprobado la versión que finalmente va a ser publicada. La Secretaría de Redacción declina cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos.

El contenido del artículo debe ser completamente original, no haber sido publicado previamente, y no estar enviado a cualquier otra publicación ni sometido a consideración o revisión.

Esta última restricción no se aplica a los resúmenes derivados de las presentaciones en Congresos u otras reuniones científicas, ni a los originales que son extensión de los resultados preliminares del trabajo presentados previamente en reuniones, congresos o simposios, debiendo en tal caso indicarse su nombre, ciudad y fecha, y remitirse junto con el manuscrito el trabajo presentado para certificar que el artículo original contiene datos diferentes o resultados ampliados de los de la comunicación. Los autores deben ser conscientes de que no revelar que el material sometido a publicación ha sido ya total o parcialmente publicado constituye un grave quebranto de la ética científica.

---

Los autores deben mencionar en la sección de Métodos que los procedimientos utilizados en los pacientes y controles han sido realizados tras obtención del correspondiente consentimiento informado. El estudio habrá sido revisado y aprobado por los comités de Investigación y/o Ética de la institución donde se ha realizado.

En el caso de la descripción de Casos Clínicos, cuando el paciente pueda ser reconocido por la descripción de la enfermedad o por las figuras que ilustren el artículo, deberá enviarse el correspondiente consentimiento informado con el permiso para la publicación tanto del texto del artículo como de las imágenes del mismo. Del mismo modo, los autores deberán declarar que han seguido los protocolos establecidos por sus respectivos centros sanitarios para acceder a los datos de las historias clínicas con el objeto de realizar este tipo de publicación con finalidad de investigación/divulgación para la comunidad científica.

## **VERIFICAR SIEMPRE ANTES DE REMITIR A LA SECRETARÍA**

Compruebe el contenido de su envío:

1. Página titular incluyendo: título, lista de autores, nombre y dirección del centro, financiación, teléfono, e-mail.
2. Segunda página con resumen en español; resumen en inglés; palabras clave e español e inglés
3. Tablas y Figuras según el formato indicado, correctamente numeradas e identificadas en el manuscrito
4. Bibliografía estrictamente según los requisitos señalados en estas Normas de Publicación (no hacerlo podrá ser motivo de no aceptación)
5. Especificar la Sección de la Revista a la que se desea adscribir el manuscrito
6. Verificar las responsabilidades éticas y los conflictos de interés