

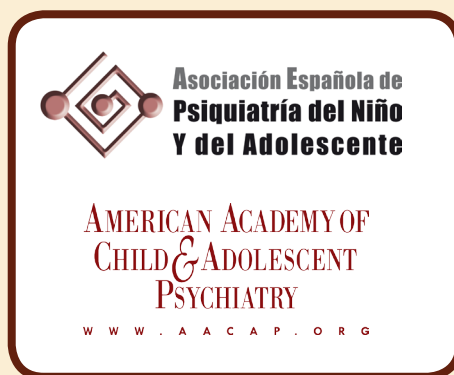
revista de psiquiatría

infanto-juvenil

Volumen 33 • Número 2 • 2016

SUMARIO

60° Congreso de AEPNYA - una iniciativa compartida con la AACAP



60th Congress of AEPNYA – a shared initiative with AACAP

Sede: Donostia / San Sebastián, 1 – 4 Junio / June 2016



AEPNYA

Asociación Española de Psiquiatría
del Niño y el Adolescente

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

COMISIÓN DE PUBLICACIONES

Director

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

Secretaría

Kristian Naenen Hernani

COMITÉ EDITORIAL

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

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

Secretaría de Redacción

Óscar Herreros Rodríguez
C/ Almechiche 28
Churriana de la Vega
18194 - Granada
direccion.revista@aepnya.org

Publicación trimestral

Administración, suscripciones y publicidad:

editorial
SELENE

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

JUNTA DIRECTIVA DE LA AEPNYA

Presidenta: Josefina Castro Fornieles

Vice-presidenta: María Dolores Mojarro Práxedes

Secretaria: Belén Rubio Morell

Tesorero: José Ángel Alda Díez

Presidenta Comité Científico: Aránzazu
Fernández Rivas

Presidente Comité Publicaciones: Tomás J. Cantó
Díez

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

COMISIÓN DE REDACCIÓN

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

A.Fernández Rivas ... Presidenta

Comisión Científica AEPNYA

T.J. Cantó Díez Presidente del Comité
de Publicaciones

J. Toro i Trallero Miembro Electo
por la AEPNYA

PRESIDENTES DE HONOR DE LA AEPNYA

J. Córdoba Rodríguez

J. de Moragas Gallisa

C. Vázquez Velasco

L. Folch i Camarasa

A. Serrate Torrente

F.J. Mendiguchía Quijada

M. de Linares Pezzi

J. Toro Trallero

V. López-Ibor Camós

J. Rom i Font

J. Tomás i Vilaltella

J.L. Alcázar Fernández

M. Velilla Picazo

M.J. Mardomingo Sanz

M. D. Domínguez Santos

Copyright 2016

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

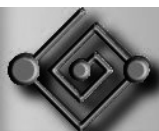
Reservado todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información sin la autorización por escrito del titular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

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

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



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

**AMERICAN ACADEMY OF
CHILD & ADOLESCENT
PSYCHIATRY**

W W W . A A C A P . O R G

60º Congreso de AEPNYA – una iniciativa compartida con la AACAP

60th Congress of AEPNYA – a shared initiative with AACAP

Sede: Palacio de Congresos Kursaal, Donostia / San Sebastián 1-2-3-4 de Junio de 2016

Ongi etorri! ¡Nuestra bienvenida! Our welcome!

Es un placer darle la bienvenida al 60º Congreso de AEPNYA (Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente), que tendrá lugar en Donostia / San Sebastián. En esta ocasión especial, el evento constituye una iniciativa compartida con la AACAP (Asociación Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente) de Estados Unidos; siendo la primera vez que esta organización, la mayor del mundo en psiquiatría infantil y adolescente, acude a Europa. Nuestra dos asociaciones gozan de un llamativo paralelismo en su historia del desarrollo: el 60 congreso de AEPNYA ocurre en el mismo año 2016 que la AACAP realizará su 62 reunión anual en la ciudad de Nueva York. ¡Es el momento, en un entorno cada vez más global, de trabajar conjuntamente y fomentar esta fusión cultural!

Habrà multitud de actividades científicas en el perfectamente equipado Palacio de Congresos. Contaremos con traducción simultánea español – inglés e inglés – español en casi todas las sesiones. Así animamos a que cada participante utilice su lengua nativa en sesiones que combinen ponentes que se expresen en español o en inglés. ¡De esta manera confiamos que todas las personas celebraremos el compartir plenamente sabiduría clínica y conocimiento científico!.

La ciudad de Donostia / San Sebastián, reconocida como una de las más atractivas del mundo por su geografía, gastronomía, clima, tamaño y, principalmente, por su ciudadanía, les recibirá con la hospitalidad característica del País Vasco. Pueden tener la seguridad que disfrutarán de una experiencia inolvidable. Y, además... Donostia / San Sebastián, fundada en el S. XII, es Capital Cultural de Europa en el año 2016. ¡La combinación de avances científicos, conocimientos clínicos y un entorno fantástico hará que les resulte gratificante participar en esta reunión!

We are delighted to welcome you to the 60th Congress of AEPNYA (Spain's Child and Adolescent Psychiatry Association), that will be held in Donostia / San Sebastián. This special event is a joint initiative with the AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) from the USA, the very first time this world's largest child and adolescent psychiatry organization comes to Europe. Our two societies have a strikingly similar developmental history: the AEPNYA 60th Congress parallels the 62nd Annual AACAP Meeting which will be in New York City in 2016. In our progressively more global environment, we are committed to working together and creating this exciting melting-pot opportunity!

There will be many scientific activities scheduled in the Kursaal, a state-of-the-art convention center. We will have simultaneous English-to-Spanish and Spanish-to-English translation in almost all the sessions. Thus, we can encourage each person to use his or her native language in sessions that mix English and Spanish language speakers. In this way, we hope that will all experience the rich sharing of clinical wisdom and scientific knowledge!

The City of Donostia / San Sebastián is widely recognized as one of the most attractive places in the world, based on its geography, gastronomy, climate, and, above all, by its people who will welcome you with the hospitality that characterizes the Basque Country. You will surely have an unforgettable experience. And, on top of this... for 2016, Donostia / San Sebastián, founded in the 12th century, is the Cultural Capital of Europe! Good science, clinical knowledge and the wonderful environs make it essential that you attend this excellent conference!

Con la ilusión de recibirles en este Congreso, les decimos, como lo hacemos en euskera / [Looking forward to meeting you at the Congress, we say, as we do in Basque: Ongi Etorri! ¡Bienvenidos! Welcome!](#)

Joaquín Fuentes y Bennett Leventhal

En representación / [On behalf of](#) **AEPNYA & AACAP**

Comité Organizador del Programa
Organizing / Program Committee

Presidente: Joaquin Fuentes
Vicepresidente: Bennett L. Levental
Vocales / Members:
Boris Birmaher
Gabrielle A. Carlson
Irma Isasa
Paramjit T. Joshi
Jaume Morey
Beatriz Payá
J. Antoni Ramos

Comité Científico
Scientific Committee

Equipo Coordinador / Coordination Team
Joaquin Fuentes
Bennett L. Levental

Otros Miembros / Other Members
José Ángel Alda
Boris Birmaher
Gabrielle A. Carlson
Xavier Castellanos
Josefina Castro-Fornielles
Arantza Fernández-Rivas
Irma Isasa
Paramjit T. Joshi
Andrés Martín
María Dolores Mojarro
Jaume Morey
Beatriz Payá
J. Antoni Ramos
John Walkup

Junta Directiva de AEPNYA

Presidencia: Josefina Castro Fornielles
Vicepresidencia: María Dolorres Mojarro Práxedes
Secretaria: Belén Rubio Morell
Tesorería: José Ángel Alda Díez
Presidencia de la Comisión Científica: Aránzazu Fenández Rivas
Presidente de la Comisión de Publicaciones: Tomás José Cantó Díez
Vocales:
Óscar Herreros Rodríguez
Dolores Moreno Pardillo
Beatriz Payá González
Relaciones Internacionales: Óscar Herreros Rodríguez

Secretaría Técnica

TISA Congresos S.L.
Avda. Libertad 17, 3º – 20004 · Donostia – San Sebastián
Tel. (+34) 943 42 5420 | info@aepnya-aacap2016.eu

Secretaría Científica

TRAMA Solutions
Wenceslao Fernández Flórez, 1. 2º · 15005 · A Coruña
Tel. 981 902 113 | info@tramasolutions.com

AACAP Coordinating Task Force

Jill Zeigenfus Brafford
Elizabeth Hughes
&
Andy Harper and Eric Williams
Co-Chairs, AACAP CME Committee

INFORMACIÓN CLAVE / KEY INFORMATION

FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA / CÓDIGO DE BARRAS CONTINUED MEDICAL EDUCATION / BAR CODE SYSTEM

Cada vez que una persona asistente entre o salga del Palacio de Congresos Kursaal, su presencia debe de ser registrada con el sistema disponible de código de barras.

– Para las personas de España y otros asistentes internacionales que no sean de Norteamérica, el Consejo Vasco de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias ha acreditado este Congreso. Para recibir la acreditación del Consejo Vasco, el asistente debe de haber sido grabado, con el sistema de código de barras, como presente en el Kursaal durante al menos el 80% del tiempo transcurrido entre las Sesiones de Apertura y Clausura; no concediendo acreditaciones parciales. Únicamente quienes sean médicos o especialistas en psicología clínica pueden acceder a la acreditación vasca.

El número de créditos asignados al Congreso se conocerá e informará inmediatamente antes del mismo, ya que el Consejo Vasco considera no solamente aspectos cuantitativos como el horario, sino también los cualitativos a la hora de establecer la cifra final de créditos otorgados. Una vez finalizado el Congreso y procesados los datos, se establecerán los créditos conseguidos y se enviará por correo electrónico un certificado a cada persona indicada.

- En el caso de participantes de los Estados Unidos, esta actividad ha sido planificada y desarrollada de acuerdo a las normas y requisitos del Consejo de Acreditación para la Educación Médica Continuada (ACCME), como una prestación conjunta de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente (AACAP), y la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNYA). La Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente está acreditada por el Consejo de Acreditación de Educación Médica Continuada para otorgar créditos de educación médica continuada a médicos.

La AACAP ha tipificado este Congreso como otorgando hasta un máximo de 22 horas y media de AMA PRA Category 1 Credits™. Los médicos deben solicitar sus créditos por las sesiones a las que acudieron. Después del Congreso las personas participantes de Estados Unidos recibirán un enlace electrónico a su Formulario General de Evaluación. Una vez realizada esta evaluación “en línea”, los participantes de USA podrán imprimir y/o guardar su certificado de FMC en su propio ordenador.

Each time that an attendee enters and/or leaves the Kursaal Congress Palace, your attendance should be registered by the available barcode system.

– For Spanish and other international non-USA attendees, the Basque Council of Continuing Education for Health Professions has accredited this Congress CME. In order to receive Basque Council Credits, the attendee must be recorded by the bar code system as having been present in the Kursaal Center for at least 80% of the time (from the Opening to the Closing sessions). The agency only provides accreditation to those attendees that meet this requirement (no partial accreditation is provided). Only physicians and clinical psychologists can receive Basque Council CME credits.

The number of specific credits assigned to the Congress will be known and reported immediately before the meeting. Since the Basque Council considers not only quantitative but also qualitative aspects of the Congress in establishing this final figure for the credits, once the Congress has ended and the evaluation data processed will the credits be set and a certificate will be sent to each eligible attendee by email.

– For US attendees, this activity has been planned and implemented in accordance with the accreditation requirements and policies of the Accreditation Council for Continuing Medical Education (ACCME) through the joint providership of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) and the Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNYA). The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry is accredited by the Accreditation Council for Continuing Medical Education to provide continuing medical education credits for physicians. The AACAP designates this live activity for a maximum of 22.5 AMA PRA Category 1 Credits. Physicians should claim credits for the sessions that they attend. After the Congress, US attendees will be emailed a link to the General Evaluation Form. Once this evaluation is completed online, US attendees will be able to print and/or save the CME certificate from their personal computer

RECEPTORES DE TRADUCCIÓN SIMULTÁNEA / TRANSLATION MATERIALS

En la entrada del Kursaal, enfrente de la barra de inscripciones, en el camino hacia al Cubo Grande, verá los pupitres de receptores de traducción simultánea. Un mismo receptor captará la traducción en todas y cada una de las salas del Kursaal y se le solicitará deposite como seguridad su documento de identidad, pasaporte o carnet de conducir al obtenerlo. Deberá devolverlo y retomararlo cada día. Recuerde que el 80% de las presentaciones orales estarán traducidas, por lo que se le aconseja retirar uno y conservarlo durante toda la jornada.

As one enters the Kursaal Convention Center, facing the registration desk in the hallway to the Large Cube, there will be a desk where you can check out the equipment for receiving simultaneous translation. The same translation receiver will operate in all of the halls of the Kursaal. When you check out your translation receiver, you will be asked to leave your ID Card, Driving License or Passport as a return security measure. You must return it and pick it up every day. Please, remember that about 80% of the oral sessions will be translated; therefore, we encourage you to pick up a translation receiver and keep for the entirety of each day that you are in the Kursaal

DIAPOSITIVAS / SLIDES

No será posible utilizar su propio ordenador portátil o tableta para proyectar sus diapositivas. Todos los ponentes deberán acudir, bastante antes de su momento de presentación, a la sala de grabado de diapositivas (ver plano) y nuestros técnicos les ayudarán a guardarlas y asegurar su proyección en el momento y lugar adecuado. Si tiene videos, asegúrese de comprobar con nuestro personal, al comienzo del Congreso, que funcionan, para tener tiempo de resolver posibles problemas de compatibilidad. Usted tendrá en el atril de su sala un ordenador portátil del Kursaal, desde el que manejará su propia presentación.

You cannot use your own laptop or tablet to project your slides. Well in advance of the scheduled session, all speakers must go to the Speaker Ready room (see map). Our staff will save your slides and ensure that they are shown at the right time, in the right place. If you have video-clips, please be extra-cautious to check with our staff at the beginning of the Congress so that you can fix any problems, and assure that they will work - compatibility problems are common but can usually be resolved. You will be able to manage your own presentation from the Kursaal computer on the lectern in your hall/session room.

TRADUCCIÓN / TRANSLATION

Al ser el Congreso un evento internacional compartido, le pedimos que siga las pautas que previamente le hemos remitido. Recuerde que usted puede hacer mucho para facilitar una traducción de alta calidad. Por favor, recuerde los siguientes consejos:

1. Hable más DESPACIO de lo habitual
2. No utilice acrónimos
3. Evite chistes
4. Encuentre y hable personalmente con su traductor con anterioridad; facilítele una copia de sus diapositivas impresas o en un pen drive.
5. Colóquese cerca del micrófono cuando esté hablando.
6. Pida a las personas asistentes que utilicen los micrófonos del pasillo de cada sala cuando intervengan. Esto permitirá que sus palabras sean traducidas.
7. Sea amable con sus traductores... ¡son su mejor apoyo!

The Congress is a collaborative, international event. You are strongly encouraged to follow the tips that we previously sent to you. Please remember that there is much that you can do to facilitate high quality translations. Please, remember to:

1. Speak SLOWER than usual
2. Do not use acronyms
3. Avoid jokes
4. Meet your translator in advance; bring him/her a copy of your slides, printed or on a pen drive.
5. Stand near the microphone when you give your talk.
6. Ask members to the audience to use the microphones in each hall in the Q&A time. This will allow questions and answers to be translated.
7. Be kind to your translators... they are your best support!

Medicación / Medication

Si una diapositiva presenta un medicamento para una condición clínica fuera de su indicación autorizada en España, el o la ponente deberá marcar en la diapositiva el nombre genérico (no- comercial) del producto con un asterisco (*), indicando así que la indicación sugerida está fuera de ficha en nuestro país; algo que no resulta polémico en la práctica clínica, ya que depende únicamente del juicio de quien lo receta. Si el medicamento no está disponible comercialmente en España, debe ser acompañado con dos asteriscos (**). Quien presida la sesión o sea su primer ponente debe explicar en términos generales estos símbolos cuando haga su introducción de la sesión. Esta obligación no se aplica cuando una persona hace una aportación verbal, sino únicamente en la presentación escrita en las diapositivas.

Por favor, recuerde declarar sus conflictos potenciales de interés en su “segunda” diapositiva.

If a slide presents a medication not labeled for that indication in Spain, the speaker must mark the non-commercial product's name in the slide with an asterisk (*), to indicate to the audience that this given indication for that medication in Spain is unlabeled; even though the unlabeled use of any product is not controversial in clinical practice here, and depends only on the judgment of the prescribing doctor. If the medication is not commercially available in Spain, it should be designated with two asterisks (**). The leader or first speaker of the session must explain these symbols in general terms in his/her introduction of the session. These disclosure requirements do not apply to verbal comments made, but just to the written presentation of the slides.

Please, remember to present your disclosures of potential conflicts on your “second slide”.

INFORMACION DE DSS / DSS INFORMATION

En la zona de inscripción encontrará un punto de información de San Sebastián Turismo. Allí podrá consultar sus dudas y recibir datos sobre cómo aprovechar mejor su estancia en nuestra hermosa ciudad y en su región. También le pondrán al tanto sobre actividades locales que se desarrollan durante los días que usted estará en Donostia / San Sebastián, incluyendo aquellas relacionadas con la Capitalidad Europea de la Cultura. Estará especialmente interesado en conocer las iniciativas con marionetas (Festival Mundial de Marionetas), que tendrán lugar la tarde del Sábado, día 4.

In the Congress registration area you will find the San Sebastian Tourism booth. You will be able to ask any and all questions as well access information about how to best spend your time in our beautiful town and region. They can tell you also about all the local activities during the time that you are in San Sebastian/Donostia and the Basque region, including activities related to the scheduled associated with the European Cultural Capital. You will be specially interested in learning about puppet shows (World Puppet Festival), that you will be able to see on Saturday afternoon.

WIFI

Hay conexión incluida a WIFI en todo el Kursaal y se le informará de la contraseña al inscribirse. Recuerde, por favor, que puede ayudar a que otros participantes disfruten de la velocidad máxima de conexión, si apaga los aparatos digitales que no está utilizando en un momento dado. En ocasiones la gente mantiene conectados su teléfono inteligente, su tableta y su ordenador portátil, mientras que no los utiliza... y todo ello consume mucha potencia de la banda de transmisión y hace más lento el acceso para todos. ¡Gracias por su comprensión!

¡Y recuerde por favor a los demás que está prohibido tomar fotografías de las dispositivas!

There is free WIFI available throughout the Kursaal; the password will be available when you register. Please, remember that you will help other attendees to benefit from maximal speed connection, if you switch off the digital instruments you are not using in a given time. Sometimes, people keep connected their smart phone, tablet and laptop at the same time, while not using them...this unnecessarily consumes a great deal of bandwidth which, in turn will slow WiFi access for all. Thank you for your kind consideration in this matter.

Please remind the audience that picture taking of the slides is forbidden!

URGENCIAS / EMERGENCES

El teléfono europeo de urgencias es el 112 y no dude, también, en solicitar ayuda del personal del Kursaal si tiene cualquier necesidad. ¡Nos ocuparemos de usted!

The European emergency phone number is 112. Do not hesitate to contact any Kursaal staff person if you are in need. We will take care of you!

Organizan / Organizers



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



AMERICAN ACADEMY OF
CHILD & ADOLESCENT
PSYCHIATRY

WWW.AACAP.ORG

**DONOSTIA
SAN SEBASTIAN
1-4 JUN 2016**

aepnya-aacap2016.eu

Colaboran / Supporters



Otros Colaboradores / Other Supporters



PROGRAMA

1 DE JUNIO

SALA 2

18:00-19:30 Traducción simultánea

Sesión clínica sobre Interacción Cuerpo-Mente

(Esta sesión pre-congreso no será acreditada por la Comisión Vasca de FMC)

Modera: Tobias Banaschewski (En inglés)

Josefina Castro: Anorexia nerviosa en adolescentes (En español)

Gregory Fritz: Aspectos psicosomáticos en Psiquiatría del Niño y el Adolescente (En inglés)

2 DE JUNIO

SALA 1

09:00-13.30

Traducción simultánea (la asistencia requiere una modesta matrícula adicional | Este Curso pre- congreso no será acreditado por la Comisión Vasca de FMC)

Curso sobre Tratamiento Psicofarmacológico en Psiquiatría del Niño y el Adolescente

Modera: Gabrielle Carlson: Medicamentos psicotrópicos en la infancia y adolescencia: qué es lo que tratan, qué eficacia tienen, y como se deben utilizar (En inglés)

Irma Isasa: Medicamentos psicotrópicos combinados en la niñez y la adolescencia: su uso en trastornos comórbidos y en respondedores parciales (En español)

Josep Antoni Ramos: Medicamentos psicotrópicos: su uso en la transición de la juventud a la vida adulta (En español)

SALA 2

09:00-13.30

Traducción simultánea (la asistencia requiere una modesta matrícula adicional (la asistencia requiere una modesta matrícula adicional | Este Curso pre-congreso no será acreditado por la Comisión Vasca de FMC)

Curso sobre Trastornos del Humor y de la Ansiedad en la infancia y la adolescencia

Modera: Boris Birmaher: Trastornos depresivos en jóvenes – fenomenología, curso y tratamiento (En inglés)

John Walkup: Trastornos de Ansiedad en la infancia y adolescencia (En inglés)

César Soutullo, María Ribeiro y Azucena Díez: Actualización del Trastorno Bipolar in la infancia y juventud (En Español)

SALA 3

09:00-13.30

Traducción simultánea (la asistencia requiere una modesta matrícula adicional | Este Curso pre- congreso no será acreditado por la Comisión Vasca de FMC)

Curso sobre Trastornos del Neurodesarrollo en la infancia y la adolescencia

Modera: Xavier Castellanos: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) (En inglés)

Bennett Leventhal: Actualización en las Discapacidades Intelectuales (En Inglés)

Amaia Hervás: Actualización en Trastornos del Espectro Autista (En español)

NOTA - Inicio del Registro con Código de Barras de permanencia en el edificio del Kursaal: una información requerida por la Comisión Vasca de FMC para facilitar – a quienes acudan al menos el 80% del tiempo total, la acreditación correspondiente. Ést se enviará por correo electrónico, tras finalizar el Congreso y procesados los datos. Este sistema es applicable a todos las y los asistentes, a excepción de las personas de Estados Unidos.

Para participantes de Estados Unidos, esta actividad ha sido planificada y desarrollada de acuerdo a las normas y requisitos del Consejo de Acreditación para la Educación Médica Continuada (ACCME), como una prestación conjunta de la American Academy of Child And Adolescent Psychiatry y de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (visite <http://www.aepnya-aacap2016.eu/formacion-medica-continuada> para una información completa)

AUDITORIO

Sesión de Apertura

15:00-17:00

Traducción simultánea

Moderadora: Josefina Castro (En español)

Josep Toro: Etiología: entre la genética y el ambiente (En español)

James Huzdiak: Epigenética en Psiquiatría del Niño y el Adolescente (En inglés)

SALA DE CÁMARA

16:00-17:30

Traducción simultánea (disponibilidad limitada de plazas – se requiere solicitud previa)

EUSKADI GazteChidren 2016

Detección y tratamiento de los principales problemas psiquiátricos en la infancia y la adolescencia

Moderadores: Joaquín Fuentes y Andrés Martín (En español) (En inglés)

Panelista invitado: Harold Koplewicz (En inglés)

Representantes del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y ciudadanía de la comunidad (En vasco) (En español)

17:00 – 17:30

Pausa – café (Foyer Cubo Grande – Planta 01)

AUDITORIO

Serie del Estado de la Ciencia

17:30-19:30

Traducción simultánea

El Espectro del Trastorno Esquizofrénico

Moderador: Celso Arango: Curso y pronóstico de las psicosis de inicio temprano (En español)

Beatriz Paya: Alteraciones premórbidas en las psicosis de inicio temprano: implicaciones en la etiopatogenia y diagnóstico temprano (En español)

Stephan Eliez: Factores de riesgo que predicen la transición a psicosis: qué podemos aprender del síndrome de delección 22q11.2 (En inglés)

SALAS 1 + 2

Simposio N.1

17:30-19:30

Traducción simultánea

Elementos predictivos y curso de las conductas auto-lesivas y suicidas en la adolescencia

Alan Apter: Revisión a largo plazo de adolescentes que intentaron suicidarse (En inglés)

Anat Brunstein Klomek: Asociación entre la victimización por acoso entre iguales y la conducta auto-lesiva en Europa: un estudio de 10 años (En inglés)

Paul L. Plener: Qué ocurre cuando las y los adolescentes con conductas auto-lesivas no-suicidas crecen? (En inglés)

Romuald Brunner: Predicción prospectiva del comienzo, persistencia y cese de la conducta auto-lesiva en adolescentes (En inglés)

SALA 10

Simposio N. 2

17:30-19:30

Traducción simultánea

La genómica de los trastornos neuropsiquiátricos complejos

Jon McClellan: Genómica de los trastornos neuropsiquiátricos complejos (En inglés)

Antonio M. Persico: Genética en el autismo (En inglés)

J. Antoni Ramos-Quiroga: La genética de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (En español)

SALA 3

Simposio N. 3

17:30-19:30

Traducción simultánea

Avances en neurobiología y en investigación psicofarmacológica

Joseph Biederman: Disociación cerebral de la Memoria de Trabajo y el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (En inglés)

Gagan Joshi: El Clorhidato de Memantina en el tratamiento de la deficiencia social en jóvenes adultos con autismo de alto nivel intelectual: un estudio piloto (En Inglés)

Giulia Serra: La Memantina: un nuevo estabilizador del humor para el tratamiento de casos resistentes de Trastorno Bipolar (En inglés)

SALA 4 + 5

Simposio N. 4

17:30-19:30

Traducción simultánea

Premios AEPNIA de investigación 2011-2014: aportaciones al conocimiento científico

Modera: Arantza Fernández Rivas (En español)

Juan J. Carballo: Estudio ARCOS: prevalencia y factores predictores a 6 meses de ideación suicida, conducta suicida y conducta autolesiva en adolescentes evaluados en un ámbito clínico naturalístico (En español)

Pablo José González: Influencia de una dieta libre de gluten y caseína en las alteraciones del comportamiento de niños y adolescentes diagnosticados de Trastorno del Espectro Autista (En español)

Blanca García-Delgar: Conductas disruptivas en el Síndrome de Tourette: El papel de la cognición social y estudio piloto de un grupo de entrenamiento para padres (En español)

SALA 8 + 9

Simposio N. 5

17:30-19:30

Traducción simultánea

Actualización y Guías de EE.UU. en algunos Trastornos Psiquiátricos

Iliyan Ivanov: Evaluación y práctica terapéutica en los Trastornos por Abuso de Sustancias (En inglés)

Richard R. Pleak: Guías internacionales, informes y políticas para el tratamiento de jóvenes con variantes genéricas, disforia genérica y transexualidad (En inglés)

Melvin Oatis: El tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (En inglés)

SALA 6 + 7

Simposio N. 6

17:30-19:30

No hay traducción

Exposición prenatal a drogas y sus efectos en el neurodesarrollo

Modera: Marcela Mezzatesta

Carlos Roncero: Interacción entre factores constitucionales y factores ambientales en trastornos del neurodesarrollo en niños expuestos a sustancias de abuso durante el período prenatal (En español)

Nuria Gómez: Exposición prenatal al alcohol y sus consecuencias en el neurodesarrollo: patología psiquiátrica asociada (En español)

Marcela Mezzatesta: Exposición prenatal a cannabis y efectos en el neurodesarrollo infantil (En Español)

SALA DE CÁMARA

18:00-19:30

Traducción simultánea (disponibilidad limitada de plazas – se requiere solicitud previa)

EUSKADI GazteChidren 2016

Políticas y prácticas para la promoción de la salud mental en el sistema educativo

Moderadores: Joaquín Fuentes y Andrés Martín (En español) (En inglés)

Panelista invitado: Jeff Q. Bostic (En inglés)

Representantes del Departamento de Educación del Gobierno Vasco y ciudadanía de la comunidad (En vasco) (En español)

3 DE JUNIO

AUDITORIO

Serie del Estado de la Ciencia

08:30-10:30

Traducción simultánea

Uso y abuso de sustancias – Adicciones

Moderador: Josep Antoni Ramos: Uso y abuso de sustancias (En español)

Josep Matalí: Razones para el uso de cannabis en adolescentes con un diagnóstico dual: ¿por qué consumen los pacientes con trastornos externalizantes? (En español)

Joseph Srand: Trastorno del uso del Cannabis en jóvenes (En inglés)

SALA DE CÁMARA

Simposio N. 7

08:30-10:30

Traducción simultánea

Gestión de los efectos adversos de la medicación psicotrópica en Psiquiatría del Niño y el Adolescente

Moderador: John T. Walkup

Breck Borchering: Gestión de los efectos adversos de los antipsicóticos (En inglés)

Alma Spaniard: Gestión de los efectos adversos de los antidepresivos (En inglés)

Susan Friedland: Gestión de los efectos adversos de los estimulantes (En inglés)

SALA 2

Simposio N. 8

08:30-10:30

Traducción simultánea

TDAH y Trastornos de Ansiedad: aspectos compartidos y fronteras a lo largo del desarrollo

Moderador: John T. Walkup

Louise Arseneault: Asociaciones longitudinales en jóvenes adultos entre TDAH y Trastornos de Ansiedad y Depresivos (En inglés)

Luis Rohde: Desenredando las fronteras y los solapamientos entre el TDAH y los Trastornos de Ansiedad en muestras poblacionales y clínicas (En inglés)

John Fayyad: TDAH y Ansiedad: Nuevos hallazgos de las encuestas mundiales de Salud Mental (En inglés)

SALA 10

Simposio N. 9

08:30-10:30

Traducción simultánea

Psiquiatría de niños y adolescentes en España: de la formación actual a la especialidad futura

Celso Arango: Estado actual de la Psiquiatría de Niños y Adolescentes en España y futuro de la especialidad (En español)

Arantza Fernández-Rivas: Trayectoria A de Psiquiatría del Niño y del Adolescente en el programa actual y futuro programa de la especialidad (En español)

Marina Fabrega: ¿Cómo se puede completar la formación en Psiquiatría del Niño y del Adolescente actualmente en España? (En español)

Daniel Ilzarbe: ¿Qué cuestiones preocupan a los psiquiatras jóvenes de cara a ser acreditados como psiquiatras de Niños y Adolescentes? (En español)

SALA 1

Simposio N. 10

08:30-10:30

Traducción simultánea

Formación, en Educación Médica Graduada, sobre el Acoso entre iguales y morbilidad relacionada

Jorge C. Sraibstein: Prototipo de un currículum para formar a psiquiatras sobre bullying y morbilidad relacionada (En inglés)

Anat Brunstein Klomek: Formando a profesionales escolares de salud mental para la detección e intervención del bullying y la morbilidad relacionada (En inglés)

Andre Sourander: Tutorizando a psiquiatras en investigación epidemiológica del bullying y las relacionadas morbilidad y mortalidad (En inglés)

SALA 3

Simposio N. 11

08:30-10:30

Traducción simultánea

Entornos terapéutico /educativos integrados para adolescentes con psicopatología severa en España y Estados Unidos

Fernando Lezcano: El Alumnado con Patología Psiquiátrica en España (En español)

José Luis Sancho: Violencia filio-parental. Patología individual, relacional y social (En español)

Gabriel Kaplan: La escuela terapéutica ambulatoria en EE.UU.: educación especial y tratamiento psiquiátrico bajo el mismo tejado (En inglés)

SALA 4 + 5

Simposio N. 12

08:30-10:30

Traducción simultánea

Consideraciones internacionales para el tratamiento psiquiátrico de jóvenes con sordera o disminución de la audición

Karen A. Goldberg: Tratamiento psiquiátrico de la juventud con sordera en EE.UU. (En inglés)

Nora Olazabal: Tratamiento psiquiátrico de jóvenes con sordera en España (En español)

Ana García: Desarrollo de una coalición internacional de servicios que apoyen la salud mental en niñas y niños con sordera (En español)

HALLS 8 + 9

Simposio N. 13

08:30-10:30

No hay traducción

Estrategia de continuidad de cuidados en Trastorno Mental Grave (TGM): de la primera infancia a la adolescencia

Modera: Begoña Garmendia

Begoña Garmendia: Red de salud mental infanto-juvenil de Osakidetza en Gipuzkoa. Historia: de los inicios a la actualidad (En español)

José Luis Gutiérrez: Hitos y conceptos clave en la estrategia de atención a la cronicidad en psiquiatría infanto-juvenil Osakidetza (Gipuzkoa) (En español)

Teresa Aparicio: Presentación de la Unidad de Atención Precoz y datos estadísticos desde el inicio a la unidad hasta la actualidad (En español)

Miren Arantz Mugica: Programa TGM: un modelo de tratamiento ambulatorio intensivo (En español)

HALLS 6 + 7

Simposio N. 14

08:30-10:30

No hay traducción

Avances en recogida de información, diagnóstico y tratamiento de TDAH

Modera: Xavier Castellanos

Juan José Carballo: Monitorización de la calidad de vida e impacto del trastorno por déficit de atención e hiperactividad mediante evaluación ecológica momentánea (En español)

Lourdes García: Diagnóstico de TDAH a través de medidas de movimiento (En español)

Hilario Blasco: Jaque mate al TDAH: uso terapéutico del ajedrez en niños y adolescentes con TDAH (En español)

10:30 – 11:00

Pausa – café (Foyer Cubo Grande – Planta 01)

AUDITORIO

Serie del Estado de la Ciencia

11:00-13:00

Traducción simultánea

Trastorno del Espectro del Autismo (TEA)

Modera: Joaquín Fuentes: El hoy... y el mañana del autismo (En español)

Young-Shin Kim: Epidemiología en los TEA: prevalencia y consecuencias genéticas (En inglés)

Mara Parellada: Atención médica integral en pacientes con TEA (En español)

SALA DE CÁMARA

Simposio N. 15

11:00-13:00

Traducción simultánea

Qué hacer cuando fallan los tratamientos de primera línea para adolescentes con Depresión, Trastorno Bipolar o Trastornos del Espectro de la Esquizofrenia

Ema Saito: Qué hacer cuando fallan los tratamientos de primera línea en adolescentes con Trastorno Depresivo Mayor (En inglés)

Vivian Kafantaris: Qué hacer cuando fallan los tratamientos de primera línea en adolescentes con Trastorno Bipolar (En inglés)

Sanjiv Kumra: Qué hacer cuando fallan los tratamientos de primera línea en adolescentes con Trastornos del Espectro de la Esquizofrenia (En inglés)

SALA 2

Simposio N. 16

11:00-13:00

Traducción simultánea

El TDAH no siempre comienza en la niñez: explorando trayectorias en el TDAH

Jessica Agnew-Blais: Persistencia, remisión y salida a la superficie del TDAH en jóvenes adultos: resultados en una cohorte poblacional, con carácter prospectivo y longitudinal (En inglés)

Guilherme Polanczyk: Es el TDAH en el adulto un Trastorno del Neurodesarrollo de inicio en la infancia? Evidencia del estudio longitudinal de una cohorte durante cuatro décadas (En inglés)

Luis Rohde: Trayectorias del TDAH en una amplia cohorte desde el nacimiento en un país emergente (En inglés)

SALA 10

Simposio N. 17

11:00-13:00

Traducción simultánea

Formando a la próxima generación de líderes en Psiquiatría del Niño y el Adolescente: la experiencia Norteamericana, desde la Facultad de Medicina hasta la subespecialidad

Dorothy Stubb: Curriculum, para competencias y para más, en Psiquiatría del Niño y el Adolescente (En inglés)

Howard Liu: Implicando a estudiantes de Medicina: educación y reclutamiento en Psiquiatría del Niño y el Adolescente (En inglés)

Jeffrey Hunt: Caminos alternativos de formación en EE.UU. en Psiquiatría del Niño y el Adolescente: la triple certificación, el portal post-pediatría y los modelos integrados de formación (En inglés)

Mark Hanson: El status de la nueva sub-especialidad en Canadá de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (En inglés)

SALA 1

Simposio N. 18

11:00-13:00

Traducción simultánea

Principios y Buenas Prácticas de Salud Mental en las Escuelas: ejemplos del Reino Unido, España y Estados Unidos

Sharon Hoover Stephan: Modelos comprensivos de salud mental en las escuelas en Estados Unidos (En inglés)

Mina Fazel: Diseño e implementación de un modelo salud mental en las escuelas en Oxford, Inglaterra (En inglés)

Pedro Ruiz-Lázaro: Programa Zarima: Prevención primaria y secundaria en las escuelas de trastornos de la conducta alimentaria y sobrepeso (En español)

Jeff Q. Bostic: Principios de consultoría eficaz en las escuelas (En inglés)

SALA 3

Simposio N. 19

11:00-13:00

Traducción simultánea

Aspectos relevantes en el tratamiento de adolescentes con Trastornos por Uso de Sustancias: ¿Qué es lo que funciona?

Yifrah Kaminer: Desde la evaluación al seguimiento: la importancia de la continuidad de cuidados en jóvenes con Trastornos por Uso de Sustancias (En inglés)

Josep Matalí: Necesidades en el abordaje de adolescentes con trastornos duales y psicóticos. Las familias como prescriptoras del tratamiento (En español)

Rosa Díaz: La atención a la familia en el tratamiento de adolescentes con Trastorno por Uso de Sustancias (En español)

SALA 4 + 5

Simposio N. 20

11:00-13:00

Traducción simultánea

Disregulación emocional, un común denominador en nosotras y nosotros: formas de identificación y tratamiento

Modera: Miquel Gasol

Laura López: La aplicación de la terapia cognitivo-conductual para tratar adolescentes con Trastorno Límite de la personalidad (En español)

Sara Iborra: Entradas y salidas emocionales. Tratamiento efectivo en niños con disregulación emocional en patologías externalizantes (En español)

José Vargas: La disregulación emocional y su posible relación con la presencia de ideas o conducta suicida en adolescentes (En español)

SALA 8 + 9

Simposio N. 21

11:00-13:00

Traducción simultánea

Re-examinando el Trastorno de Conducta a través de la lente del Trauma Complejo

Jessica Linick: Enlazando Apego, Trastorno de Conducta y Trauma Complejo (En inglés)

Lara J. Cox: Trauma Complejo, Trastorno de Conducta y solapamiento neuropsiquiátrico (En inglés)

Akeem Marsh: Implicaciones de la conexión Conducta-Trauma: resultados clínicos e impacto social (En inglés)

HALLS 6 + 7

Simposio N. 22

11:00-13:00

No hay traducción

Psiquiatría Legal Infancia y adolescencia

Montserrat Pàmias: Actualización en la Ley del Menor (En español)

Raisa Agustín: Incapacitación del menor (En español)

Marta Jiménez: Violencia Filioparental (En español)

Jaume Martínez: Menores Infractores (En español)

SESIÓN DE PRESENTACIÓN DE LOS POSTERS Y ALMUERZO

Foyer 0 y Foyer 1 (Cubo Grande)

13:00 – 14:30

AUDITORIO

Serie del Estado de la Ciencia

14:30-16:30

Traducción simultánea

Trastornos de Ansiedad

Moderador: John Walkup: Trastornos de ansiedad en jóvenes en la edad de la transición (En inglés)

Ana Figueroa: Reconocimiento, comorbilidad, y tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en la juventud desde una perspectiva Hispano-europea (En español)

Víctor Carrión: Trastorno de Stress Post-traumático en la infancia y la adolescencia: cómo la neurociencia nos informa sobre nuevas intervenciones (En inglés)

HALLS 1 + 2

Simposio N. 23

14:30-16:30

Traducción simultánea

Estimulantes vs. no-estimulantes en TDAH: eficacia comparativa, respuesta diferencial e impacto en la comorbilidad

Jeffrey Newcorn: Estimulantes vs. no-estimulantes en jóvenes con TDAH: eficacia comparativa y efectos moderadores en el trastorno oposicional-desafiante (En inglés)

Barbara Coffey: TDAH y Tics: ¿Estimulantes o no-estimulantes? Comparando riesgos y beneficios (En inglés)

Iliyan Ivanov: Tratando adolescentes con comorbilidad de TDAH y Abuso de sustancias: ¿Están bien los estimulantes o no? (En inglés)

SALA 10

Simposio N. 24

14:30-16:30

Traducción simultánea

Simposio de la Sección de Infancia y Adolescencia de la Asociación Mundial de Psiquiatría

Gordana Milavic: Comorbilidad en los Trastornos del Humor (En inglés)

Young Shin Kim: ASD, Trastornos comórbidos y tendencias suicidas (En inglés)

Bennett L. Leventhal: Acoso entre iguales, psicopatología del desarrollo y tendencias suicidas (En inglés)

SALA 3

Simposio N. 25

14:30-16:30

Traducción simultánea

Proyecto Longitudinal Europeo de Autismo EU-AIMS LEAP: hallazgos de la primera oleada

Moderador: Tony Charman

Jan Buitelaar: Diseño de la cohorte, medidas y razonamiento del Proyecto Longitudinal Europeo de Autismo EU-AIMS LEAP (En inglés)

Julian Tillman: Análisis del fenotipo nuclear del TEA y comorbilidades psiquiátricas asociadas en el Proyecto Longitudinal Europeo de Autismo EU-AIMS LEAP (En inglés)

Eva Loth: Biomarcadores neurocognitivos en el Proyecto Longitudinal Europeo de Autismo EU-AIMS LEAP (En inglés)

Marianne Oldehinkel: MRI en Estado de Reposo en el Proyecto Longitudinal Europeo de Autismo EU-AIMS LEAP (En inglés)

SALA 4 + 5

Simposio N. 26

14:30-16:30

Traducción simultánea

Catatonía en pacientes infantiles y adolescentes

Walter Jaimes: Qué es la Catatonía? Catatonía en pacientes infantiles y adolescentes (En español)

Vladimir Ferrafiat: Catatonía y trastornos autoinmunes en infancia y adolescencia: un desafío diagnóstico y terapéutico (En inglés)

Dirk Dhossche: Catatonía en los Trastornos del Espectro del Autismo: un enigma diagnóstico, terapéutico y científico (En inglés)

SALA 8 + 9

Simposio N. 27

14:30-16:30

No hay traducción

Intervención grupal en enfermedad pediátrica crónica

Marta Albert: Intervención grupal en adolescentes con cáncer en fase final de tratamiento (En español)

M. Ángeles Mairena: Intervención grupal en adolescentes con enfermedad inflamatoria intestinal (En español)

Cecilia Costa: La terapia grupal en adolescentes con Diabetes Tipo 1 puede mejorar la adherencia terapéutica? (En español)

Jordi Juanico: Grupos familiares heterogéneos de expresión emocional para pacientes con enfermedad pediátrica crónica (En español)

SALA 6 + 7

Simposio N. 28

14:30-16:30

No hay traducción

Trastornos por uso de sustancias en la adolescencia: Viejos conocidos y nuevos competidores

Francisco Pascual: Epidemiología del consumo de alcohol en adolescentes y oportunidades para la intervención asistencial (En español)

Javier Goti: Consumo de nuevas sustancias de abuso entre la población adolescente (En español)

Matías Real: Abordaje de los trastorno por uso de tabaco en el adolescente; de la pasividad a la intervención (En español)

SALA DE CÁMARA**15:30-17:00**

Traducción simultánea (disponibilidad limitada de plazas – se requiere solicitud previa)

EUSKADI GazteChidren 2016**Apoyo a la infancia, a la adolescencia y a las familias en situación de dificultad social**

Moderadores: Joaquín Fuentes y Andrés Martín (En español) (En inglés)

Panelista invitado: Víctor Carrión (En inglés)

Representantes del Servicio de Protección a la Infancia e Inserción Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa, y ciudadanía de la comunidad (En vasco) (En español)

16:30 – 17:00

Pausa – café (Foyer Cubo Grande – Planta 01)

AUDITORIO

Serie del Estado de la Ciencia

17:00-19:00

Traducción simultánea

Trastornos del Espectro Bipolar en la infancia y adolescencia

Modera: Boris Birmaher: Síntomas prodrómicos asociados al riesgo de desarrollar un Trastorno Bipolar (En inglés)

Carmen Moreno: Tratamiento farmacológico del Trastorno Bipolar en la infancia y adolescencia (En español)

Paramjit Joshi: Trastorno Bipolar y Trastorno de la Disregulación Disruptiva del Humor: ¿Cómo hemos llegado ahí en el DSM-5? (En inglés)

SALA 1 + 2

Simposio N. 29

17:00-19:00

Traducción simultánea

Avances de la investigación en TDAH

Joseph Biederman: Deficiente auto-regulación emocional en el contexto del TDAH (En inglés)

Javier Quintero: Necesidades no cubiertas en pacientes con TDAH (En español)

Cesar Soutullo: Características clínicas, neuropsicológicas y del resultado del tratamiento en pacientes con TDAH, y frecuencia de los síntomas en comparación con controles sanos (En español)

SALA 3

Simposio N. 30

17:00-19:00

Traducción simultánea

Desafíos psiquiátricos, cognitivos, legales y de Salud Pública que afrontan las niñas y niños refugiados: un enfoque integral

John Thomas: Desafíos legales y de salud pública que afrontan los niños y niñas refugiados (En inglés)

Dorothy Stubbe: Necesidades en salud mental e intervenciones eficaces para niñas y niños refugiados y sus familiares (En inglés)

Caleb Thomas: Desafíos cognitivos que afrontan las niñas y niños refugiados (En inglés)

SALA 4 + 5

Simposio N. 31

17:00-19:00

Traducción simultánea

El futuro de la formación: Oportunidades internacionales y alianzas

Modera: Paramjit T. Joshi

Héctor Parada: Compartiendo paradigmas profesionales en dos ciudades distantes: Washington and Valparaíso (En español)

Lisa Cullins: El desarrollo del psiquiatra infantil: ¿porqué es fundamental la transculturalidad bi- direccional? (En inglés)

Luis Alberto Dueñas: Formando Psiquiatras para Chile: Misión local y visión global (En español)

Beatriz Ortega: Creciendo en colaboración: Aprendizaje experiencial entre los programas de formación (En español)

SALA 8 + 9

Simposio N. 32

17:00-19:00

No hay traducción

Prevención e intervención de trastornos emocionales en adolescentes

Ángela Magaz: Prevalencia de los trastornos emocionales y transdiagnóstico en adolescentes: Un metanálisis (En español)

María Luisa López: Aplicaciones y resultados de un programa sistemático de autogestión emocional para adolescentes con perfeccionismo e hiperexigencias (En español)

Muskilda Lareki: Entrenamiento a familias y docentes para comprender y ayudar a los jóvenes a superar trastornos emocionales (En español)

SALA 6 + 7

Simposio N. 33

17:00-19:00

No hay traducción

La colaboración en el cuidado de niños y niñas con enfermedades médicas y trastornos psiquiátricos comórbidos

Maalobeeka Gangopadhyay: Abordando los trastornos psiquiátricos en niñas y niños hospitalizados por razones médicas: un modelo intrahospitalario (En inglés)

Alexandra Canetti: Colaboración en el cuidado en recursos ambulatorios (En inglés)

Tricia Lipani: Apoyando la adhesión al tratamiento médico: un modelo de base psiquiátrica (En inglés)

Adriana Rego: Baches en la carretera: Barreras frente a los cuidados (En inglés)

SALA DE CÁMARA

17:30-19:00

Traducción simultánea (disponibilidad limitada de plazas – se requiere solicitud previa)

EUSKADI GazteChidren 2016

Uso seguro y responsable de Internet en la infancia y adolescencia

Moderadores: Joaquín Fuentes y Andrés Martín (En español) (En inglés)

Panelista invitado: Joseph Shrand (En inglés)

Representantes del Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco y ciudadanía de la comunidad (En vasco) (En español)

SALAS 6 + 7

19:15 – 20:30

Asamblea de AEPNYA (entrada restringida a sus asociadas y asociados)

4 DE JUNIO

AUDITORIO

Serie del Estado de la Ciencia

08:30-10:30

Traducción simultánea

Trastornos depresivos

Modera: Gabrielle Carlson: Depresión Mayor en infancia y adolescencia: conocimiento actual, tratamiento psicofarmacológico y prevención (En inglés)

Soledad Romero: Desafíos Clínicos en la Depresión Mayor en niños, niñas y adolescentes: Importancia del diagnóstico diferencial y trastornos comórbidos (En español)

Jon Piacentini: Psicoterapia basada en la evidencia para la Depresión Mayor en niñas, niños y adolescentes (En inglés)

SALA DE CÁMARA

Simposio N. 34

08:30-10:30

Traducción simultánea

Aumento de peso con antipsicóticos ¿Qué sabemos? ¿Cómo se puede evitar?

Covadonga Martínez: El síndrome metabólico en niños y adolescentes en tratamiento con antipsicóticos (En español)

Inmaculada Baeza: Causas del aumento de peso con antipsicóticos. El papel de las hormonas (En español)

Elena de la Serna: Tipos de intervención para evitar el aumento de peso con antipsicóticos. ¿Son eficaces? (En español)

SALA 2

Simposio N. 35

08:30-10:30

Traducción simultánea

Las fronteras entre Autismo y Psicosis

Anna Sintès: Las fronteras entre Autismo y Psicosis (En español)

Irma Isasa: Trastorno Múltiple Complejo del Desarrollo: Un diagnóstico tan ignorado como útil (En español)

Gisela Sugranyes: Bases neurofuncionales y neuroanatómicas de los trastornos psicóticos y del espectro autista. Aspectos comunes y diferenciales (En español)

SALA 10

Simposio N. 36

08:30-10:30

Traducción simultánea

Genética y comportamiento en la investigación del autismo – del laboratorio al cabecero del enfermo I: El análisis de los mecanismos genéticos, desde la población de pacientes a los modelos animales

Jeremy Willsey: Análisis secuencial del genoma completo en cuartetos con caso único de TEA: el poder multidimensional de los datos biológicos (En inglés)

Eirene Markenscoff-Papadimitriou: La genética de los TEA y el desarrollo del cortex cerebral en seres humanos (En inglés)

Devanand Manoli: La comprensión del apego social en el desarrollo y la enfermedad mental (En inglés)

SALA 1

Simposio N. 37

08:30-10:30

Traducción simultánea

El Enfoque Vermont basado en la familia: un paradigma clínico para la promoción de la salud, la prevención y la intervención desde una perspectiva familiar

Allison Y Hall: Visión de conjunto del Enfoque Vermont basado en la familia (En inglés)

Daniel Hall: Promoción de la salud conductual y emocional: la evidencia (En inglés)

Jessica O'Neil: La formación de padres y madres basada en la evidencia (En inglés)

SALA 3

Simposio N. 38

08:30-10:30

Traducción simultánea

Conductas Auto-Destructivas de la Adolescencia: de la Personalidad al Trastorno

Modera: Marta Pardo

María Lleras de Frutos: Factores de personalidad y motivos de consumo de cannabis por afrontamiento (En español)

Marc Ferrer: La conducta autolesiva y el Trastorno Límite de Personalidad de debut en la adolescencia (En español)

Juan Armando Paris: La suicidalidad adolescente: en búsqueda de una identificación y abordaje precoz – primeros datos del Proyecto Adolescentes Suicidas (Español)

SALA 4 + 5

Simposio N. 39

08:30-10:30

Traducción simultánea

Utilización de la Telepsiquiatría en Psiquiatría del Niño y el Adolescente

Gabrielle Shapiro: Telepsiquiatría para el psiquiatra que trata ambulatoriamente a niños y niñas y adolescentes: perspectiva histórica y personal (En inglés)

Vera Feuer: Desprovistos de servicios en la ciudad de Nueva York: la utilización de la telepsiquiatría en las unidades de urgencias (En inglés)

Pamela Hoffman: Desarrollo curricular y educación en Telepsiquiatría (En inglés)

SALA 8 + 9

Simposio N. 40

08:30-10:30

No hay traducción

Psicopatología, autolesiones y conducta suicida en adolescentes

Eduardo Serrano: Prevalencia y características clínicas de la ideación suicida y la conducta autolesiva en adolescentes con Trastorno de la Conducta Alimentaria (En español)

Santiago Batle: Conducta Autolesiva No Suicida (CALNS) (En español)

Laia Mollá: Revisión de los tratamientos psicológicos en adolescentes con conducta autolesiva (En español)

Fran Villar: La conducta suicida en el ámbito hospitalario - Intervención en crisis (En español)

SALA 6 + 7

Simposio N. 41

08:30-10:30

No hay traducción

Actualizaciones en Paidopsiquiatría Psicosomática: Dermatología, Neonatología y Cuidados intensivos Pediátricos

Oscar Herreros: Paidopsiquiatría psicosomática en Dermatología (En español)

Belén Rubio: La Paidopsiquiatría psicosomática en Neonatología. Presentación de un modelo de atención parental (En español)

Xavier Gastaminza: La Paidopsiquiatría psicosomática en Cuidados intensivos Pediátricos (En español)

16:30 – 17:00

Pausa – café (Foyer Cubo Grande – Planta 01)

AUDITORIO

Serie del Estado de la Ciencia

11:00-13:00

Traducción simultánea

Trastornos por Déficit de Atención / Hiperactividad

Modera: Cesar Soutullo, con Pilar de Castro, María Vallejo y Azucena Díez: TDAH: Actualización en biología y tratamiento (en español)

José Ángel Alda: Nuevas evidencias en el tratamiento farmacológico y no farmacológico del TDAH (En español)

Xavier Castellanos: Conectividad intrínseca funcional en TDAH: instantánea de un campo en rápido desarrollo (En Inglés)

SALA DE CÁMARA

11:30-13:00

Traducción simultánea (disponibilidad limitada de plazas – se requiere solicitud previa)

EUSKADI GazteChidren 2016

La utilización de la cultura y los deportes para mejorar la salud, la auto-estima y la inclusión social en la niñez y la adolescencia

Moderadores: Joaquín Fuentes y Andrés Martín (En español) (En inglés)

Panelista invitado: James Hudziak (En inglés)

Representantes del Ayuntamiento de Donostia / San Sebastián, conmemorando la Capitalidad Europea de la Cultura del 2016, y ciudadanía de la comunidad (En vasco) (En español)

SALA 1 + 2

Simposio N. 42

11:00-13:00

Traducción simultánea

Hospitalización en unidades psiquiátricas en dos continentes: enfoques comparativos, similitudes y diferencias

Bernadka Dubicka: Servicios hospitalarios para adolescentes en Inglaterra: estándares de calidad, fortalezas y desafíos actuales (En inglés)

Xavier Benarous: Trayectoria de niñas y niños y adolescentes seriamente enfermos que son ingresados por Trastorno Bipolar y Catatonía en Francia (En inglés)

Aradhana Bela: Un modelo de corta estancia en una unidad psiquiátrica hospitalaria para niños y niñas y adolescentes seriamente enfermos en EE.UU.: desafíos y éxitos (En inglés)

SALA 10

Simposio N. 43

11:00-13:00

Traducción simultánea

Genética y comportamiento en la investigación del autismo – del laboratorio al cabecero del enfermo II: Endofenotipos y consideraciones clínicas

Young Shin Kim: Fenotipo del TEA en una muestra epidemiológica (En inglés)

Vanessa Hus Bal: Adultos con TEA que son mínimamente verbales: diferenciando entre la desviación del lenguaje y el retraso del lenguaje en un estudio de actualización 16 años después (En inglés)

Somer Bishop: La edad de camina en niños y niñas con TEA: asociaciones con discapacidad intelectual y mutaciones “de novo” (En inglés)

SALA 3

Simposio N. 44

11:00-13:00

Traducción simultánea

Adolescentes impulsivos y suicidas: perlas académicas, pediátricas y psiquiátricas, que ayudarán a las y los clínicos en su práctica diaria

Jeffrey H. Newcorn: TDAH y Trastornos del control de los impulsos a lo largo del ciclo vital (En inglés)

Donald E. Greydanus: Mejorando el cuidado, a través de la integración de Pediatría y Psiquiatría, en el tratamiento de adolescentes impulsivos/suicidas (En inglés)

Juan José Carballo: Pensamientos y conductas auto-lesivas en adolescentes con TDAH (En español) Gabriel Kaplan: El dilema suicidio-antidepressivos: ¿Qué debe hacer la o el clínico? (En inglés)

SALA 4 + 5

Simposio N. 45

11:00-13:00

Traducción simultánea

Psiquiatría perinatal: Avances en Psicobiología y en el Cuidado de neonato y su familia

María Inmaculada Palanca: La intervención con el recién nacido enfermo y/o prematuro en el Programa de Enlace de Psiquiatría infantil con la Unidad de Neonatología. Experiencia de la implantación de un Programa de Psiquiatría Perinatal en un Hospital General (En español)

Aaron Kaplan: La intervención que fomenta la sana crianza familiar en la NICU para bebés pre- término y sus familias (En inglés)

María Azul Forti: Diferencias en el desarrollo del vínculo según el tipo de cesárea: programada versus con trabajo previo para el parto (En español)

Sabina Del Río: Pérdidas perinatales, elaboración del duelo y prevención de la salud mental en posteriores embarazos (En español)

AUDITORIO

Serie de Clausura

13:00-14:00

Traducción simultánea

El futuro de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente: las visiones europea y norteamericana

Moderador: Gregory Fritz (En inglés)

Stephan Eliez: El futuro de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente: la perspectiva de la Sociedad Europea para la Psiquiatría Infantil y Adolescente (ESCAP) (En inglés)

Paramjit Joshi: El futuro de la Psiquiatría Infantil y Adolescente: una visión Norteamericana (En inglés)

Finalización del Registro con Código de Barras de permanencia en el edificio del Kursaal: una información requerida por la Comisión Vasca de FMC para facilitar – a quienes acudan al menos el 80% del tiempo total, la acreditación correspondiente. Ésta se enviará por correo electrónico, tras finalizar el Congreso y procesados los datos. Este sistema es aplicable a todos las y los asistentes, a excepción de las personas de Estados Unidos. Para participantes de Estados Unidos, esta actividad ha sido planificada y desarrollada de acuerdo a las normas y requisitos del Consejo de Acreditación para la Educación Médica Continuada (ACCME), como una prestación conjunta de la American Academy of Child And Adolescent Psychiatry y de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (visite <http://www.aepnya-aacap2016.eu/formacion-medica-continuada> para una información completa)

PROGRAM

JUNE 1st

HALL 2

18:00-19:30 Simultaneous Translation

Clinical Practicum on Mind-Body interaction

(This pre-congress session will not be accredited by the Basque Commission of CME)

Chair: Tobias Banaschewski (In English)

Josefina Castro: Anorexia nervosa in adolescents (In Spanish)

Gregory Fritz: Psychosomatic issues in Child and Adolescent Psychiatry (In English)

JUNE 2nd

HALL 1

09:00-13.30

Simultaneous Translation (ticket required / This pre-congress course will not be accredited by the Basque Commission of CME)

Course on Psychopharmacological treatment in Child and adolescent Psychiatry

Chair: Gabrielle Carlson: Psychotropic medications in children and adolescents: What do they treat and how effective are they, and how do you use them (In English)

Irma Isasa: Using combined psychotropic medication in childhood and adolescence: comorbid disorders and partial responders (In Spanish)

Josep Antoni Ramos: Psychotropic medication: its use in transition to adult life (In Spanish)

HALL 2

09:00-13.30

Simultaneous Translation (ticket required / This pre-congress course will not be accredited by the Basque Commission of CME)

Course on Disorders of Mood and Anxiety in Children and Adolescents

Chair: Boris Birmaher: Depressive disorders in youth – phenomenology, course and treatment (In English)

John Walkup: Anxiety disorders in children and adolescents (In English)

Cesar Soutullo, María Ribeiro and Azucena Díez: Bipolar Disorder in children and adolescence: an update (In Spanish)

HALL 3

09:00-13.30

Simultaneous Translation (ticket required / This pre-congress course will not be accredited by the Basque Commission of CME)

Course on Neurodevelopmental disorders in Children and Adolescents

Chair: Xavier Castellanos: Attention-Deficit / Hyperactivity disorder (ADHD) (In English)

Bennett Leventhal: Update in Intellectual Disabilities (In English)

Amaia Hervas: Autism Spectrum Disorders: an update (In Spanish)

NOTICE: Beginning of the Bar Coding System Registry, proving permanency in the Kursaal building: an information required to receive – if present at least during 80% of the total time, the Basque CME accreditation; once the Congress is finished and the data processed. The diploma will be sent by email and is only applicable to all non-USA attendees.

For US attendees, this activity has been planned and implemented in accordance with the accreditation requirements and policies of the Accreditation Council for Continuing Medical Education (ACCME) through the joint providership of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry and the Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (visit <http://www.aepnya-aacap2016.eu/en/formacion-medica-continuada> for complete information)

AUDITORIUM

Opening Session

15:00-17:00

Simultaneous Translation

Genetics and epigenetics in Child and Adolescent Psychiatry

Chair: Josefina Castro (In Spanish)

Josep Toro: Etiology: between genetics and environment (In Spanish)

James Huzdiak: Epigenetics in Child and Adolescent Psychiatry (In English)

CHAMBER HALL

16:00-17:30

Simultaneous Translation (limited seats availability - previous registration required)

EUSKADI GazteChidren 2016

Detection and treatment of the main psychiatric problems in childhood and adolescence

Co-Chairs: Joaquin Fuentes and Andres Martin (Spanish) (English)

Invited panelist: Harold Koplewicz (English)

Representatives from the Basque Government Health Department and citizens from the community (Basque) (Spanish)

17:00 – 17:30

Coffee Break (Foyer Large Cube – 1st Level)

AUDITORIUM

State of the Science Track

17:30-19:30

Simultaneous Translation

Spectrum of Schizophrenic Disorders

Chair: Celso Arango: Course and prognosis of early beginning psychosis (In Spanish)

Beatriz Paya: Premorbid dysfunctions in early beginning psychosis: etiopathogenic and early diagnosis implications (In Spanish)

Stephan Eliez: Risk factors predicting the transition to psychosis: What can we learn from 22q11.2 deletion syndrome (In English)

HALLS 1 + 2

Simposium N.1

17:30-19:30

Simultaneous Translation

Predictors and course of self-injurious and suicidal behavior in adolescence

Alan Apter: Long Term Follow up of Adolescent Suicide Attempters (In English)

Anat Brunstein Klomek: Association between Victimization by Bullying and Direct Self Injurious Behavior among Adolescence in Europe: a 10-Country Study (In English)

Paul L. Plener: What happens to adolescents with Non suicidal Self-Injury when they grow up? (In English)

Romuald Brunner: Prospective predictors of onset, maintenance and cessation of self-injurious behavior during adolescence (In English)

HALL 10

Simposium N. 2

17:30-19:30

Simultaneous Translation

Genomics of complex neuropsychiatric disorders

Jon McClellan: Genomics of complex neuropsychiatric disorders (In English)

Antonio M. Persico: The genetics of autism (In English)

J. Antoni Ramos-Quiroga: The genetics of ADHD (In Spanish)

HALL 3

Simposium N. 3

17:30-19:30

Simultaneous Translation

Advances in Neurobiology and Psychopharmacology Research

Joseph Biederman: Dissociation of Working Memory and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in the Brain (In English)

Gagan Joshi: Memantine Hydrochloride for the Treatment of Social Impairment in Young Adults with High-functioning Autism: A Pilot Study (In English)

Giulia Serra; Memantine: a new mood stabilizer for treatment resistant Bipolar Disorder (In English)

HALLS 4 + 5

Simposium N. 4

17:30-19:30

Simultaneous Translation

2011 – 2014 AEPNYA Research Awards: contribution to scientific knowledge

Chair: Arantza Fernández Rivas (In Spanish)

Juan J. Carballo: The ARCOS Study: prevalence and predictive factors six months after suicidal ideation in suicidal behavior and self-injury in a naturalistic clinical environment (In Spanish)

Pablo Jose Gonzalez: Influence of a gluten and casein free diet in the behavioral problems of children and adolescents with ASD (In Spanish)

Blanca García-Delgar: Disruptive behaviors in Tourette syndrome: the role of social cognition and the outcome of a pilot training program for a parents (In Spanish)

HALLS 8 + 9

Simposium N. 5

17:30-19:30

NO Translation Provided

U.S. Guidelines and Updates on Select Psychiatric Disorders

Iliyan Ivanov: Adolescent Substance Abuse Disorders Assessments and Practice Treatments (In English)

Richard R. Pleak: International Guidelines, Reports, and Policies for Treating Gender Variant, Gender Dysphoric, and Transgender Youth (In English)

Melvin Oatis: Treating Attention Deficit Hyperactivity Disorder (In English)

HALLS 6 + 7

Simposium N. 6

17:30-19:30

NO Translation Provided

The effect in neurodevelopment of prenatal exposure to drugs

Chair: Marcela Mezzatesta

Carlos Roncero: Interaction between constitutional and environmental factors in neurodevelopmental disorders among children exposed to substances of abuse before birth (In Spanish)

Nuria Gomez: Prenatal exposure to alcohol and its consequences in neurodevelopment; associated psychiatric pathology (In Spanish)

Marcela Mezzatesta: The effects in child neurodevelopment of prenatal exposure to cannabis (In Spanish)

CHAMBER HALL

18:00-19:30

Simultaneous Translation (limited seats availability - previous registration required)

EUSKADI GazteChidren 2016

Policies and practices for promoting mental health in the educational system

Co-Chairs: Joaquin Fuentes and Andres Martin (In Spanish) (In English)

Invited panelist: Jeff Q. Bostic (In English)

Representatives from the Basque Government Education Department and citizens from the community (In Basque) (In Spanish)

JUNE 3rd

AUDITORIUM

State of the Science Track

08:30-10:30

Simultaneous Translation

Use and abuse of substances – Addictions

Chair: Josep Antoni Ramos: Use and abuse of substances (In Spanish)

Josep Matali: Reasons for substance use in adolescents with a dual diagnosis: why patients with externalizing disorders consume cannabis (In Spanish)

Joseph Shrand: Cannabis Use Disorder in Youth (In English)

CHAMBER HALL

Symposium N. 7

08:30-10:30

Simultaneous Translation

Managing Adverse Effects of Psychotropic Medication in Child and Adolescent Psychiatry

Chair: John T. Walkup

Breck Borchering: Managing Adverse Effects of Antipsychotic Medications (In English)

Alma Spaniard: Managing Adverse Effects of Antidepressant Medications (In English)

Susan Friedland: Managing Adverse Effects of Stimulant Medications (In English)

HALL 2

Symposium N. 8

08:30-10:30

Simultaneous Translation

ADHD and Anxiety disorders: Communalities and Frontiers along Development

Louise Arseneault: The longitudinal associations between ADHD with anxiety and depressive disorders in young adulthood (In English)

Luis Rohde: Disentangling ADHD and Anxiety disorder overlaps and frontiers in population and clinical samples (In English)

John Fayyad: ADHD and Anxiety: New Findings from the World Mental Health Surveys (In English)

HALL 10

Symposium N. 9

08:30-10:30

Simultaneous Translation

Child and Adolescent Psychiatry in Spain: from current training to the future specialty

Celso Arango: Current state of Child and Adolescent Psychiatry in Spain and the future of the specialty (In Spanish)

Arantza Fernandez-Rivas: The A Trajectory of Child and Adolescent Psychiatry in the current program and the future of the specialty (In Spanish)

Marina Fabrega: How can training in Child and Adolescent Psychiatry be completed in Spain? (In Spanish)

Daniel Ilzarbe: What concerns young psychiatrists when facing accreditation as Child and Adolescent Psychiatrists? (In Spanish)

HALL 1

Symposium N. 10

08:30-10:30

Simultaneous Translation

The Teaching of Bullying and Related Morbidity in Graduate Medical Education

Jorge C. Sraibstein: Prototype of a curriculum to teach psychiatrists about bullying and related morbidity (In English)

Anat Brunstein Klomek: Training school mental health professionals in the detection and intervention of bullying related morbidity (In English)

Andre Sourander: Mentoring psychiatrists in epidemiological research of bullying related morbidity and mortality (In English)

HALL 3

Simposium N. 11

08:30-10:30

Simultaneous Translation

Integrated educational/therapeutic environments for adolescents with severe psychopathology in Spain and in the USA

Fernando Lezcano: Students with psychiatric pathology (In Spanish)

Javier Urrea: Child-to-parent violence: individual, relational and social pathology (In Spanish)

Gabriel Kaplan: The outpatient therapeutic school in the US: special education and psychiatric treatment under the same ceiling (In English)

HALLS 4 + 5

Simposium N. 12

08:30-10:30

Simultaneous Translation

International Considerations in the Psychiatric Treatment of Deaf and Hard of Hearing Youth

Karen A. Goldberg: Psychiatric treatment of deaf youth in the United States (In English)

Nora Olazabal: Psychiatric treatment of youngsters with deafness in Spain (In Spanish)

Ana García: Development of an international coalition of programs that support mental health in children with deafness (In Spanish)

HALLS 8 + 9

Simposium N. 13

08:30-10:30

NO Translation Provided

Strategy for continuity of care in Severe Mental Disorder (SMD): from early infancy to adolescence

Begoña Garmendia: The Osakidetza network for child and adolescence mental health in Gipuzkoa. History; from the beginning to the present time (In Spanish)

Jose Luis Gutierrez: Milestones and key concepts in the caring strategy for chronicity in Child and Adolescent Psychiatry by Osakidetza (In Spanish)

Teresa Aparicio: The Early Intervention Unit - current statistical data since the beginning (In Spanish) Miren Arantza Mugica: The SMD Program - an intensive outpatient treatment model (In Spanish)

HALLS 6 + 7

Simposium N. 14

08:30-10:30

NO Translation Provided

ADHD: advances in information gathering, diagnosis and treatment

Chair: Xavier Castellanos

Juan Jose Carballo: The Memind tool: a platform for data gathering using Internet (In Spanish) Lourdes Garcia: The use of movement measures for ADHD diagnosis (In Spanish)

Hilario Blasco: Checkmate of ADHD: on the therapeutic use of chess in children & adolescents with ADHD (In Spanish)

10:30 – 11:00

Coffee Break (Foyer Large Cube – 1st Level)

AUDITORIUM

State of the Science Track

11:00-13:00

Simultaneous Translation

Autism Spectrum Disorders

Chair: Joaquin Fuentes: Autism: today... and tomorrow (In Spanish)

Young-Shin Kim: Epidemiology in ASD: prevalence and genetic consequences (In English) Mara Parellada: Comprehensive medical care for patients with ASD (In Spanish)

CHAMBER HALL

Simposium N. 15

11:00-13:00

Simultaneous Translation

What to Do When First Line Treatments Fail for adolescents with depression, bipolar disorder or schizophrenia spectrum disorders

Ema Saito: What to do when first line treatments fail for adolescents with major depressive disorder (In English)

Vivian Kafantaris: What to do when first line treatments fail for adolescents with bipolar disorder (In English)

Sanjiv Kumra: What to Do When First Line Treatments Fail: Adolescents with Schizophrenia Spectrum Disorders (In English)

HALL 2

Simposium N. 16

11:00-13:00

Simultaneous Translation

ADHD does not always begin in childhood: exploring trajectories of ADHD

Jessica Agnew-Blais: Persistence, Remission and Emergence of ADHD in Young Adulthood: Results from a Longitudinal, Prospective Population-Based Cohort (In English)

Guilherme Polanczyk: Is Adult ADHD a Childhood-Onset Neurodevelopmental Disorder? Evidence From a Four-Decade Longitudinal Cohort Study (In English)

Luis Rohde: ADHD trajectories in a large birth cohort from a developing country (In English)

HALL 10

Simposium N. 17

11:00-13:00

Simultaneous Translation

Training the next generation of leaders in Child and Adolescent Psychiatry: From Medical School through Fellowship, the North American experience

Dorothy Stubb: Child and Adolescent Psychiatry Curriculum for Competency and Beyond (In English) Howard Liu: Engaging medical students: Education and Recruitment into Child and Adolescent Psychiatry (In English)

Jeffrey Hunt: Alternative US training pathways in Child and Adolescent Psychiatry: Triple Board, Post Pediatric Portal, and integrated models of training (In English)

Mark Hanson: New Subspecialty Status for Child and Adolescent Psychiatry in Canada (In English)

HALL 1

Simposium N. 18

11:00-13:00

Simultaneous Translation

Principles and Best Practices of School Mental Health: Examples from the United Kingdom, Spain and the United States

Sharon Hoover Stephan: Models of Comprehensive School Mental Health in the United States (In English)

Mina Fazel: Establishing and Implementing School Mental Health in Oxford, England (In English)

Pedro Ruiz-Lazaro: The ZARIMA Program: primary and secondary prevention of Eating Behavior Disorders and Overweight in the school (In Spanish)

Jeff Q. Bostic: Principles of Effective School Consultation (In English)

HALL 3

Simposium N. 19

11:00-13:00

Simultaneous Translation

Relevant Topics for the Treatment of Adolescent Substance Use Disorder (USD): What Works?

Yifrah Kaminer: The Continuity of Care Model for Youth with SUD: Update and Future Perspectives (English)

Josep Matali: Intervention needs in adolescents with SUD: Families as prescribers of the treatment (In Spanish)

Rosa Díaz: Supporting the family when treating adolescents with SUD (Spanish)

HALLS 4 + 5

Simposium N. 20

11:00-13:00

Simultaneous Translation

Emotional dysregulation: a common feature of pediatric nosology - Tips for identification and treatment

Chair: Miquel

Laura Lopez: L... to treat adolescents with borderline personality disorder (In Spanish)

Sara Iborra: So... an efficient treatment in externalizing and internalizing pathologies (In Spanish)

Jose Vargas: The possible link between emotional dysregulation and ideas / suicidal behavior in adolescents (In Spanish)

CANCELADO / WITHDRAWN

HALLS 8 + 9

Simposium N. 21

11:00-13:00

Simultaneous Translation

Re-examining Conduct Disorder Under the Lens of Complex Trauma

Jessica Linick: Linking Attachment, Conduct Disorder and Complex Trauma (In English)

Lara J. Cox: Complex Trauma, Conduct Disorder and the Neuropsychiatric Overlap (In English)

Akeem Marsh: Implications of the Conduct-Trauma Connection: Clinical Outcomes and Societal Impact (In English)

HALLS 6 + 7

Simposium N. 22

11:00-13:00

NO Translation Provided

Forensic Child and Adolescent Psychiatry in Spain

Montserrat Pàmias: The Law of Minors – an update (In Spanish)

Raisa Agustín: The legal incapacitation of a minor (In Spanish)

Marta Jiménez: Child-to-parent violence (In Spanish)

Jaume Martínez: Child and juvenile offenders (In Spanish)

POSTER DISPLAY SESSION AND LUNCH

Foyer 0 y Foyer 1 (Cubo Grande)

13:00 – 14:30

AUDITORIUM

State of the Science Track

14:30-16:30

Simultaneous Translation

Anxiety Disorders

Chair: John Walkup: Anxiety Disorders in Transitional Age Youth (In English)

Ana Figueroa: Recognition, comorbidity and treatment of anxiety disorders in youth from a European/Spanish perspective (In Spanish)

Victor Carrión: PTSD in Children and Adolescents: how neuroscience can inform novel interventions (In English)

HALLS 1 + 2

Symposium N. 23

14:30-16:30

Simultaneous Translation

Stimulants vs. non-stimulants for ADHD: Comparative effectiveness, differential response and the impact of comorbidity

Jeffrey Newcorn: Stimulants vs. non-stimulants in youth with ADHD: Comparative effectiveness and moderating effects of oppositional defiant disorder (In English)

Barbara Coffey: ADHD and Tics: Stimulant or Non-Stimulant? Weighing Benefit and Risk (In English)

Iliyan Ivanov: Treating Adolescents with Comorbid ADHD and Substance Abuse: Are Stimulants OK or Not? (In English)

HALL 10

Symposium N. 24

14:30-16:30

Simultaneous Translation

World Psychiatric Association Child and Adolescent Section Symposium: Comorbid Conditions Linked To Mood Disorders

Gordana Milavic: Comorbid Mood Disorders (In English)

Young Shin Kim: ASD, Comorbid Disorders and Suicidality (In English)

Bennett L. Leventhal: Bullying, Developmental Psychopathology and Suicidality (In English)

HALL 3

Symposium N. 25

14:30-16:30

Simultaneous Translation

EU-AIMS Longitudinal European Autism Project (EU-AIMS LEAP): Findings from the first wave.

Chair: Tony Charman

Jan Buitelaar: Cohort design, measures and rationale for the EU-AIMS Longitudinal European Autism Project (In English)

Julian Tillman: Studying the core ASD phenotype and associated psychiatric comorbidities in the EU- AIMS Longitudinal European Autism Project (In English)

Eva Loth: Neurocognitive biomarkers in the EU-AIMS Longitudinal European Autism Project (In English)

Marianne Oldehinkel: Resting state MRI in the EU-AIMS Longitudinal European Autism Project (In English)

HALLS 4 + 5

Symposium N. 26

14:30-16:30

Simultaneous Translation

Catatonia in child and adolescent patients

Walter Jaimes: What is Catatonia? Catatonia in children and adolescent patients (In Spanish)

Vladimir Ferrafiat: Catatonia and autoimmune conditions in children and adolescents: A diagnosis and therapeutic challenge (In English)

Dirk Dhossche: Catatonia in Autism Spectrum Disorders: A Diagnostic, Therapeutic, and Scientific Conundrum (In English)

HALLS 8 + 9

Simposium N. 27

14:30-16:30

NO Translation Provided

Group intervention in chronic pediatric conditions

Marta Albert: Group intervention in adolescents with cancer at the end of the treatment period (In Spanish)

M. Angeles Mairena: Group intervention in adolescents with intestinal inflammatory disease (In Spanish)

Cecilia Costa: Can group therapy in adolescents with Diabetes Type 1 improve therapeutic adherence? (In Spanish)

Jordi Juanico: Heterogeneous family groups of emotional expression in cases of chronic pediatric conditions (In Spanish)

HALLS 6 + 7

Simposium N. 28

14:30-16:30

NO Translation Provided

Substance use disorders in adolescence: old elements and new competitors

Francisco Pascual: Epidemiology of alcohol use in adolescents and opportunities for intervention (In Spanish)

Javier Goti: New abuse substances among adolescents (In Spanish)

Matias Real: Treating tobacco use in adolescents: from passivity to intervention (In Spanish)

CHAMBER HALL

15:30-17:00

Simultaneous Translation (limited seats availability - previous registration required)

EUSKADI GazteChidren 2016

Supporting children, adolescent and families in difficult social situations

Co-Chairs: Joaquin Fuentes and Andres Martin (In Spanish) (In English)

Invited panelist: Victor Carrión (In English)

Representatives from the Gipuzkoa County Child Protection and Social Inclusion Services, and citizens from the community (In Basque) (In Spanish)

16:30 – 17:00

Coffee Break (Foyer Large Cube – 1st Level)

AUDITORIUM

State of the Science Track

17:00-19:00

Simultaneous Translation

Bipolar Spectrum Disorders in Childhood and Adolescence

Chair: Boris Birmaher: Prodromal Symptoms Associated with the Risk to Develop of Bipolar Disorder (In English)

Carmen Moreno: Pharmacological treatment of bipolar disorder in children and adolescents (In Spanish)

Paramjit Joshi: Bipolar Disorder and Disruptive Mood Dysregulation Disorder: How did we get there in the DSM-5? (In English)

HALLS 1 + 2

Simposium N. 29

17:00-19:00

Simultaneous Translation

Advances in ADHD (TDAH) Research

Joseph Biederman: Deficient Emotional Self-regulation in the context of ADHD (English)

Javier Quintero: Unmet needs of patients with ADHD (In Spanish)

Cesar Soutullo: Clinical, neuropsychological & treatment outcome characteristics of children with ADHD, and frequency of symptoms vs. healthy controls (In Spanish)

HALL 3

Simposium N. 30

17:00-19:00

Simultaneous Translation

Psychiatric, Cognitive, Legal, and Public Health Challenges Facing Refugee Children: An Integrated Approach

John Thomas: The legal and public health challenges facing refugee children (In English)

Dorothy Stubbe: Clinical mental health needs and effective interventions for refugee children and families (In English)

Caleb Thomas: The cognitive challenges facing refugee children (In English)

HALLS 4 + 5

Simposium N. 31

17:00-19:00

Simultaneous Translation

The Future of Training: International Opportunities and Partnerships

Chair: Paramjit T. Joshi

Hector Parada: Sharing professional paradigms in two distant cities: Washington and Valparaiso (In Spanish)

Lisa Cullins: The Development of a Child Psychiatrist: Why is Cross Cultural, Bidirectional Training So Important? (In English)

Luis Alberto Dueñas: Training psychiatrists for Chile: local mission and global vision (In Spanish)

Beatriz Ortega: Growth in collaboration - Experiential learning between training programs (In Spanish)

HALLS 8 + 9

Simposium N. 32

17:00-19:00

NO Translation Provided

Prevention and intervention in emotional disorders in adolescents

Angela Magaz: Prevalence of emotional disorders and trans-diagnosis in adolescents: a meta-analysis (In Spanish)

Maria Luisa López: Application and outcome of a systematic program for emotional self-management in adolescents with perfectionism and hyper-expectations (In Spanish)

Muskilda Lareki: Training educators and families to understand and support youngsters with emotional disorders (In Spanish)

HALLS 6 + 7

Simposium N. 33

17:00-19:00

NO Translation Provided

The Collaboration of Care for Medically Ill Children with Comorbid Psychiatric Conditions

Maalobeeka Gangopadhyay: Addressing Psychiatric Conditions in Medically Hospitalized Children: An Inpatient Model (In English)

Alexandra Canetti: Collaboration of Care in Outpatient Settings (In English)

Tricia Lipani: Supporting Adherence to Medical Treatment: A Psychiatry Based Model (In English)

Adriana Rego: Bumps in the Road: Barriers to Care (In English)

CHAMBER HALL

17:30-19:00

Simultaneous Translation (limited seats availability - previous registration required)

EUSKADI GazteChildren 2016

Safe and reliable use of internet in childhood and adolescence

Co-Chairs: Joaquin Fuentes and Andres Martin (In Spanish) (In English)

Invited panelist: Joseph Shrand (In English)

Representatives from the Basque Government Employment and Social Services Department and citizens from the community (In Basque) (In Spanish)

HALLS 6 + 7
19:15 – 20:30

AEPNYA Assembly (restricted to members)

JUNE 4th

AUDITORIUM

State of the Science Track

08:30-10:30

Simultaneous Translation

Depressive Disorders

Chair: Gabrielle Carlson: Major Depression in Children and Adolescents: Current thinking, Psychopharmacologic treatment and prevention (In English)

Soledad Romero: Clinical challenges in major depressive disorders in children and adolescents: the importance of differential diagnosis and comorbid conditions (In Spanish)

Jon Piacentini: Evidence-based psychotherapy for Major Depression in Children and Adolescents (In English)

CHAMBER HALL

Simposium N. 34

08:30-10:30

Simultaneous Translation

Induced weight gain from antipsychotics. What do we know? How can we avoid it?

Covadonga Martínez: The metabolic syndrome in children and adolescents receiving antipsychotics (In Spanish)

Inmaculada Baeza: The reasons for weight gain with antipsychotics. The role of the hormones (In Spanish)

Elena de la Serna: Intervention possibilities to avoid weight gain with antipsychotics. Are they efficient? (In Spanish)

HALL 2

Simposium N. 35

08:30-10:30

Simultaneous Translation

The frontiers between autism and psychosis

Anna Sintes: The frontiers between autism and psychosis (In Spanish)

Irma Isasa: Multiple Complex Developmental Disorder: an ignored but useful diagnosis (In Spanish)

Gisela Sugranyes: Neurofunctional and neuroanatomic basis of psychotic disorders and autism spectrum disorders: common and differential aspects (In Spanish)

HALL 10

Simposium N. 36

08:30-10:30

Simultaneous Translation

Genetics and behavior in autism research - From the Bench to the Bedside I: Genetics and mechanistic analyses from patient populations to animal models

Jeremy Willsey: Whole genome sequencing analysis of simplex ASD quartets: the power of multidimensional biological data (In English)

Eirene Markenscoff-Papadimitriou: ASD genetics and human cortical development (In English)

Devanand Manoli: Understanding social attachment in development and mental illness (In English)

HALL 1

Simposium N. 37

08:30-10:30

Simultaneous Translation

The Vermont Family Based Approach: A clinical paradigm for health promotion, prevention and intervention from the family perspective

Allison Y Hall: Overview of the Vermont Family Based Approach (In English) Daniel Hall: Emotional and Behavioral Health Promotion: the Evidence (In English) Jessica O'Neil: Evidence Based Parent Training (In English)

HALL 3

Simposium N. 38

08:30-10:30

Simultaneous Translation

Self-destructive behaviors in adolescence: from personality to the disorder

Chair: Marta Pardo

María Lleras de Frutos: Personality factors and reasons for using cannabis with coping purposes (In Spanish)

Marc Ferrer: Self-destructive behavior and Borderline Personality disorder debuting in adolescence (In Spanish)

Juan Armando Paris: Adolescent suicidality: searching for early identification and treatment – first data from the Suicidal Adolescents Project (In Spanish)

HALLS 4 + 5

Simposium N. 39

08:30-10:30

Simultaneous Translation

Use of Telepsychiatry in Child and Adolescent Psychiatry

Gabrielle Shapiro: Telepsychiatry for the Child and Adolescent Outpatient Psychiatrist: A historical and a personal perspective (In English)

Vera Feuer: Underserved in New York City: Utilizing Telepsychiatry in Emergency Departments (In English)

Pamela Hoffman: Telepsychiatry Education and Curriculum Development (In English)

HALLS 8 + 9

Simposium N. 40

08:30-10:30

NO Translation Provided

Psychopathology, self-injury and suicidal behavior in adolescents

Eduardo Serrano: Prevalence and clinical characteristics of suicidal ideation and self-injury in adolescents with Eating Behavior Disorders (In Spanish)

Santiago Batle: The non-suicidal self-injury behavior (NSSIB) (In Spanish)

Laia Mollá: A review of psychological treatments in adolescents with self-injury behavior (In Spanish)

Fran Villar: Suicidal behavior in the hospital: crisis intervention (In Spanish)

HALLS 6 + 7

Simposium N. 41

08:30-10:30

NO Translation Provided

Update on Psychosomatic Paidopsychiatry: in Dermatology, Neonatology and pediatric Intensive Care Units

Oscar Herreros: Psychosomatic Paidopsychiatry in Dermatology (In Spanish)

Belén Rubio: Psychosomatic Paidopsychiatry in Neonatology: presenting a parental care model (In Spanish)

Xavier Gastaminza: Psychosomatic Paidopsychiatry in pediatric Intensive Care Units (In Spanish)

16:30 – 17:00

Coffee Break (Foyer Large Cube – 1st Level)

AUDITORIUM

State of the Science Track

11:00-13:00

Simultaneous Translation

Attention-Deficit Hyperactivity Disorders

Chair: Cesar Soutullo, with Pilar de Castro, María Vallejo and Azucena Díez: ADHD: An update on biology and treatment (In Spanish)

Jose Angel Alda: New evidences in pharmacological and non-pharmacological treatment in ADHD (In Spanish)

Xavier Castellanos: Intrinsic Functional Connectivity in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: a Snapshot of a Rapidly Developing Field (In English)

CHAMBER HALL

11:30-13:00

Simultaneous Translation (limited seats availability - previous registration required)

EUSKADI GazteChildren 2016

Profiting from culture and sport to improve health, self-esteem and social inclusion of children and adolescents

Co-Chairs: Joaquin Fuentes and Andres Martin (In Spanish) (In English)

Invited panelist: James Hudziak (In English)

Representatives from the City Hall of Donostia / San Sebastián, commemorating the 2016 European Cultural Capital status, and citizens from the community (In Basque) (In Spanish)

HALLS 1 + 2

Symposium N. 42

11:00-13:00

Simultaneous Translation

Inpatient child psychiatry care in two continents: comparative approaches, similarities and differences

Bernadka Dubicka: English adolescent inpatient services: quality standards, strengths and current challenges (In English)

Xavier Benarous: Trajectory of severely ill child and adolescent patients hospitalized for Bipolar Disorder and catatonia in France (In English)

Aradhana Bela: A short stay model psychiatric inpatient unit for severely ill children and adolescents in the USA: challenges and success (In English)

HALL 10

Symposium N. 43

11:00-13:00

Simultaneous Translation

Genetics and behavior in autism research - From the Bench to the Bedside II: Endophenotypes and clinical consideration

Young Shin Kim: ASD Phenotype in Epidemiological Sample (In English)

Vanessa Hus Bal: Minimally verbal adults with ASD: Differentiating language deviance from language delay in a 16 year-follow up study (In English)

Somer Bishop: Age of walking in children with ASD: Associations with intellectual disability and de novo mutations (In English)

HALL 3

Simposium N. 44

11:00-13:00

Simultaneous Translation

Impulsive & Suicidal Adolescents: Pediatric and Psychiatric Academic Pearls To Help Guide Clinicians' Day to Day Practice

Jeffrey H. Newcorn: ADHD and Disorders of Impulse Control Across the Lifespan (In English)

Donald E. Greydanus: Enhancing care via integrating Pediatrics and Psychiatry in the treatment of the impulsive/suicidal adolescent (In English)

Juan Jose Carballo: Self-injurious Thoughts and Behaviors among Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (In Spanish)

Gabriel Kaplan: The Antidepressant-Suicide Dilemma: What Is The Clinician To Do? (In English)

HALLS 4 + 5

Simposium N. 45

11:00-13:00

Simultaneous Translation

Perinatal Psychiatry: advances in psychobiology and in the neonate and family care

María Inmaculada Palanca: Intervention with the premature or the sick neonate in the Child Psychiatry Liaison Program with the Neonatology Unit. The experience of developing a Perinatal Psychiatry Program in a General Hospital (In Spanish)

Aaron Kaplan: Family Nurture Intervention in the NICU for Preterm Infants and Family (In English)

Maria Azul Forti: Differences in bonding development depending on caesarean section: scheduled versus previous delivery preparation (In Spanish)

Sabina Del Río: Perinatal losses, grieving and fostering mental health in following pregnancies (In Spanish)

AUDITORIUM

Closing Session

13:00-14:00

Simultaneous Translation

The future of Child and Adolescent Psychiatry: the European and North American visions

Chair: Gregory Fritz (In English)

Stephan Eliez: Future of child and adolescent psychiatry: the perspective of the European Society for Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP) (In English)

Paramjit Joshi: The Future of Child and Adolescent Psychiatry: A North American Vision (In English)

Ending of the Bar Coding System Registry, proving permanency in the Kursaal building: an information required to receive – if present at least during 80% of the total time, the Basque CME accreditation; once the Congress is finished and the data processed. The diploma will be sent by email and is only applicable to all non-USA attendees.

For US attendees, this activity has been planned and implemented in accordance with the accreditation requirements and policies of the Accreditation Council for Continuing Medical Education (ACCME) through the joint providership of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry and the Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (visit <http://www.aepnya-aacap2016.eu/en/formacion-medica-continuada> for complete information)

	Sala 1	Sala 2	Sala 3	Sala 4	Sala 5
18:00-19:30h		Sesión clínica sobre Interacción Cuerpo-Mente			

09:00-13:30h	Curso sobre Tratamiento Psicofarmacológico en Psiquiatría del Niño y el Adolescente	Cuso sobre Trastornos del Humor y de la Ansiedad en la infancia y la adolescencia	Curso sobre Trastornos del Neurodesarrollo en la infancia y la adolescencia		
15:00-17:00h					
16:00-17:30h					
17:30-19:30h	Elementos predictivos y curso de las conductas auto-lesivas y suicidas en la adolescencia		Avances en neurobiología y en investigación psicofarmacológica	Premios AEPNYA de investigación 2011-2014: aportaciones al conocimiento científico	
18:00-19:30h					

08:30-10:30h	Formación, en Educación Médica Graduada, sobre el Acoso entre iguales y morbilidad relacionada	TDAH y Trastornos de Ansiedad: aspectos compartidos y fronteras a lo largo del desarrollo	Entornos terapéutico / educativos integrados para adolescentes con psicopatología severa en España y Estados Unidos	Consideraciones internacionales para el tratamiento psiquiátrico de jóvenes con sordera o disminución de la audición	
11:00-13:00h	Principios y Buenas Prácticas de Salud Mental en las Escuelas: ejemplos del Reino Unido, España y Estados Unidos	El TDAH no siempre comienza en la niñez: explorando trayectorias en el TDAH	Aspectos relevantes en el tratamiento de adolescentes con Trastornos por Uso de Sustancias: ¿Qué es lo que funciona?	Disregulación emocional, un común denominador en nosología mental infanto-juvenil. Formas de intervención y tratamiento	
14:30-16:30h	Estimulantes vs. no-estimulantes en TDAH: eficacia comparativa, respuesta diferencial e impacto en la comorbilidad		Proyecto Longitudinal Europeo de Autismo EU-AIMS LEAP: hallazgos de la primera oleada	Catatonia en pacientes infantiles y adolescentes	
15:30-17:00h					

CANCELADO / WITHDRAWN

JUNIO

Sala 6	Sala 7	Sala 8	Sala 9	Sala 10	Auditorio	Sala de Cámara

JUNIO

					Sesión de Apertura	
						EUSKADI GazteChidren 2016 Detección y tratamiento de los principales problemas psiquiátricos en la infancia y la adolescencia
Exposición prenatal a drogas y sus efectos en el neurodesarrollo		Actualización y Guías de EE.UU. en algunos Trastornos Psiquiátricos		La genómica de los trastornos neuropsiquiátricos complejos	El Espectro del Trastornos Esquizofrénicos	
						EUSKADI GazteChidren 2016 Políticas y prácticas para la promoción de la salud mental en el sistema educativo

JUNIO

Avances en recogida de información, diagnóstico y tratamiento de TDAH	Estrategia de continuidad de cuidados en Trastorno Mental Grave (TGM): de la primera infancia a la adolescencia	Psiquiatría de niños y adolescentes en España: de la formación actual a la especialidad futura	Uso y abuso de sustancias – Adicciones	Gestión de los efectos adversos de la medicación psicotrópica en Psiquiatría del Niño y el Adolescente
Psiquiatría Legal Infanto juvenil	Re-examinando el Trastorno de Conducta a través de la lente del Trauma Complejo	Formando a la próxima generación de líderes en Psiquiatría del Niño y el Adolescente: la experiencia Norteamericana, desde la Facultad de Medicina hasta la subespecialidad	Trastorno del Espectro del Autismo (TEA)	Qué hacer cuando fallan los tratamientos de primera línea para adolescentes con Depresión, Trastorno Bipolar o Trastornos del Espectro de la Esquizofrenia
Trastornos por uso de sustancias en la adolescencia: Viejos conocidos y nuevos competidores	Intervención grupal en enfermedad pediátrica crónica	Simposio de la Sección de Infancia y Adolescencia de la Asociación Mundial de Psiquiatría	Trastornos de An- siedad	
				EUSKADI GazteChidren 2016 Apoyo a la infancia, a la adolescencia y a las familias en situación de dificultad social

17:00-19:00h	Avances de la investigación en TDAH		Desafíos psiquiátricos, cognitivos, legales y de Salud Pública que afrontan las niñas y niños refugiados: un enfoque integral	El futuro de la formación: Oportunidades internacionales y alianzas	
17:30-19:00h					
19:15-20:30h					

	Sala 1	Sala 2	Sala 3	Sala 4	Sala 5
08:30-10:30h	El Enfoque Vermont basado en la familia: un paradigma clínico para la promoción de la salud, la prevención y la intervención desde una perspectiva familiar	Las fronteras entre Autismo y Psicosis	Conductas Auto-Destructivas de la Adolescencia: de la Personalidad al Trastorno	Utilización de la Telepsiquiatría en Psiquiatría del Niño y el Adolescente	
11:00-13:00h	Hospitalización en unidades psiquiátricas en dos continentes: enfoques comparativos, similitudes y diferencias		Adolescentes impulsivos y suicidas: perlas académicas, pediátricas y psiquiátricas, que ayudarán a las y los clínicos en su práctica diaria	Psiquiatría perinatal: Avances en Psicobiología y en el Cuidado de neonato y su familia	
11:30-13:00					
13:00-14:00h					

La colaboración en el cuidado de niños y niñas con enfermedades médicas y trastornos psiquiátricos comórbidos	Prevención e intervención de trastornos emocionales en adolescentes		Trastornos del Espectro Bipolar en la infancia y adolescencia	
				EUSKADI GazteChidren 2016 Uso seguro y responsable de Internet en la infancia y adolescencia
Asamblea de AEPNYA				

JUNIO

Sala 6	Sala 7	Sala 8	Sala 9	Sala 10	Auditorio	Sala de Cámara
Actualizaciones en Paidopsiquiatría Psicosomática: Dermatología, Neonatología y Cuidados intensivos Pediátricos		Psicopatología, autolesiones y conducta suicida en adolescentes		Genética y comportamiento en la investigación del autismo – del laboratorio al cabecero del enfermo I: El análisis de los mecanismos genéticos, desde la población de pacientes a los modelos animales	Trastornos depresivos	Aumento de peso con antipsicóticos ¿Qué sabemos? ¿Cómo se puede evitar?
				Genética y comportamiento en la investigación del autismo – del laboratorio al cabecero del enfermo II: Endofenotipos y consideraciones clínicas	Trastornos por Déficit de Atención / Hiperac- tividad	
						EUSKADI GazteChidren 2016 La utilización de la cultura y los deportes para mejorar la salud, la auto-estima y la inclusión social en la niñez y la adolescencia
					El futuro de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente: las visiones europea y norteamericana	

JUN

	Hall 1	Hall 2	Hall 3	Hall 4	Hall 5
18:00-19:30h		Clinical Practicum on Mind-Body interaction			

JUN

09:00-13:30h	Course on Psychopharmacological treatment in Child and adolescent Psychiatry	Course on Disorders of Mood and Anxiety in Children and Adolescents	Course on Neurodevelopmental disorders in Children and Adolescents		
15:00-17:00h					
16:00-17:30h					
17:30-19:30h	Predictors and course of self-injurious and suicidal behavior in adolescence		Advances in Neurobiology and Psychopharmacology Research	2011 – 2014 AEPNYA Research Awards: contribution to scientific knowledge	
18:00-19:30h					

JUN

08:30-10:30h	The Teaching of Bullying and Related Morbidity in Graduate Medical Education	ADHD and Anxiety disorders: Communalities and Frontiers along Development	Integrated educational/therapeutic environments for adolescents with severe psychopathology in Spain and in the USA	International Considerations in the Psychiatric Treatment of Deaf and Hard of Hearing Youth	
11:00-13:00h	Principles and Best Practices of School Mental Health: Examples from the United Kingdom, Spain and the United States	ADHD does not always begin in childhood: exploring trajectories of ADHD	Relevant Topics for the Treatment of Adolescent Substance Use Disorder (USD): What Works?	Emotional dysregulation: a common denominator in child and adolescent psychiatric nosology. Identification and treatment	
14:30-16:30h	Stimulants vs. non-stimulants for ADHD: Comparative effectiveness, differential response and the impact of comorbidity		EU-AIMS Longitudinal European Autism Project (EU-AIMS LEAP): Findings from the first wave.	Catatonia in child and adolescent patients	

CANCELADO / WITHDRAWN

E 1st

Hall 6	Hall 7	Hall 8	Hall 9	Hall 10	Auditorium	Chamber Hall

E 2nd

					Genetics and epigenetics in Child and Adolescent Psychiatry	
						EUSKADI GazteChidren 2016 Detection and treatment of the main psychiatric problems in childhood and adolescence
The effect in neurodevelopment of prenatal exposure to drugs		U.S. Guidelines and Updates on Select Psychiatric Disorders		Genomics of complex neuropsychiatric disorders	Spectrum of Schizophrenic Disorders	
						EUSKADI GazteChidren 2016 Policies and practices for promoting mental health in the educational system

E 3rd

ADHD: advances in information gathering, diagnosis and treatment	Strategy for continuity of care in Severe Mental Disorder (SMD): from early infancy to adolescence	Child and Adolescent Psychiatry in Spain: from current training to the future specialty	Use and abuse of substances – Addictions	Managing Adverse Effects of Psychotropic Medication in Child and Adolescent Psychiatry
Forensic Child and Adolescent Psychiatry in Spain	Re-examining Conduct Disorder Under the Lens of Complex Trauma	Training the next generation of leaders in Child and Adolescent Psychiatry: From Medical School through Fellowship, the North American experience	Autism Spectrum Disorders	What to Do When First Line Treatments Fail for adolescents with depression, bipolar disorder or schizophrenia spectrum disorders
Substance use disorders in adolescence: old elements and new competitors	Group intervention in chronic pediatric conditions	World Psychiatric Association Child and Adolescent Section Symposium: Comorbid Conditions Linked To Mood Disorders	Anxiety Disorders	

15:30-17:00h					
17:00-19:00h	Advances in ADHD (TDAH) Research		Psychiatric, Cognitive, Legal, and Public Health Challenges Facing Refugee Children: An Integrated Approach	The Future of Training: International Opportunities and Partnerships	
17:30-19:00h					
19:15-20:30h					
JUN					
	Hall 1	Hall 2	Hall 3	Hall 4	Hall 5
08:30-10:30h	The Vermont Family Based Approach: A clinical paradigm for health promotion, prevention and intervention from the family perspective	The frontiers between autism and psychosis	Self-destructive behaviors in adolescence: from personality to the disorder	Use of Telepsychiatry in Child and Adolescent Psychiatry	
11:00-13:00h	Inpatient child psychiatry care in two continents: comparative approaches, similarities and differences		Impulsive & Suicidal Adolescents: Pediatric and Psychiatric Academic Pearls To Help Guide Clinicians' Day to Day Practice	Perinatal Psychiatry: advances in psychobiology and in the neonate and family care	
11:30-13:00h					
13:00-14:00h					

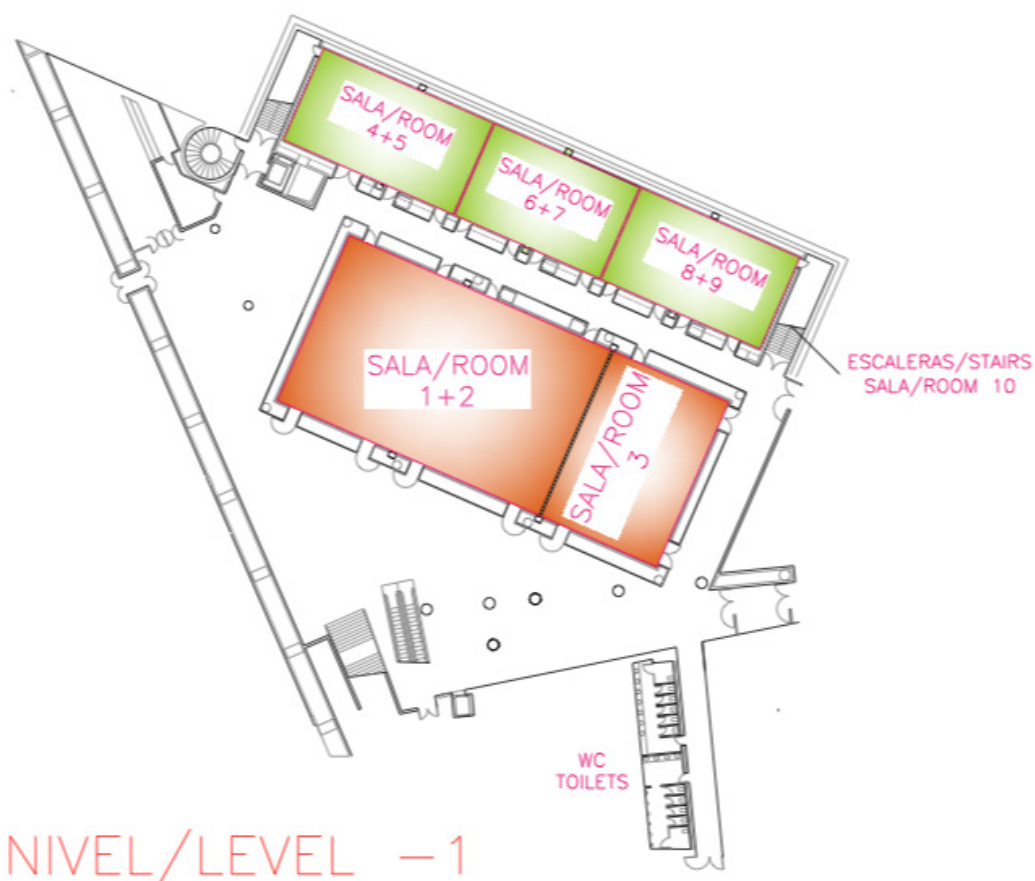
						EUSKADI GazteChildren 2016 Supporting children, adolescent and families in difficult social situations
The Collaboration of Care for Medically Ill Children with Comorbid Psychiatric Conditions	Prevention and intervention in emotional disorders in adolescents				Bipolar Spectrum Disorders in Childhood and Adolescence	
						EUSKADI GazteChildren 2016 Safe and reliable use of internet in childhood and adolescence
AEPNYA Assembly						

E 4th

Hall 6	Hall 7	Hall 8	Hall 9	Hall 10	Auditorium	Chamber Hall
Update on Psychosomatic Paidopsychiatry: in Dermatology, Neonatology and pediatric Intensive Care Units		Psychopathology, self-injury and suicidal behavior in adolescents		Genetics and behavior in autism research - From the Bench to the Bedside I: Genetics and mechanistic analyses from patient populations to animal models	Depressive Disorders	Induced weight gain from antipsychotics. What do we know? How can we avoid it?
				Genetics and behavior in autism research - From the Bench to the Bedside II: Endophenotypes and clinical consideration	Attention-Deficit Hyperactivity Disorders	
						EUSKADI GazteChildren 2016 Profiting from culture and sport to improve health, self-esteem and social inclusion of children and adolescents
					The future of Child and Adolescent Psychiatry: the European and North American visions	

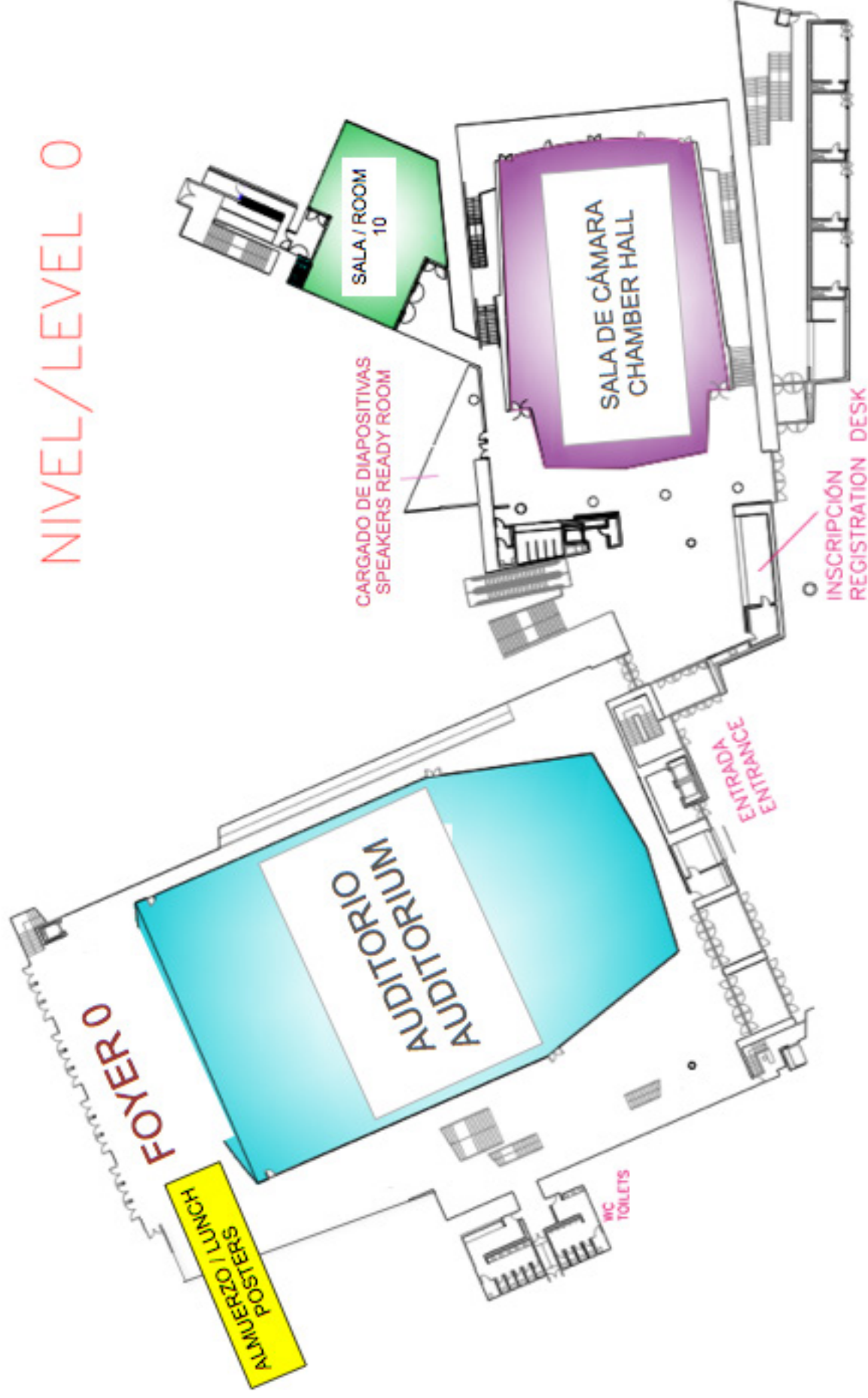


NIVEL / LEVEL 1



NIVEL / LEVEL -1

NIVEL/LEVEL 0



TOUR DE PINTXOS

Jueves, 2 de Junio – 20:00 – 22:00h.

Donostia / San Sebastián está reconocida nacional e internacionalmente como un templo gastronómico. Así, la ciudad, con sus alrededores, cuenta con el mayor número de restaurantes con estrellas Michelin por habitante del mundo. Pero, además de los establecimientos famosos, es realmente cuando uno acude a los bares de “pintxos” – la manera local de llamar a las tapas – que descubre la piedra angular de la cultura culinaria de la ciudad. La Parte Vieja está repleta de bares de pintxos – tantos que es difícil saber dónde ir y qué pedir. Cada establecimiento tiene sus propias especialidades, que están generalmente escritas en una pizarra detrás de la barra. Los alimentos fríos están a la vista, pero hay que conocer en qué es famoso cada lugar para acertar. **¡Esta es la razón por la que AEPNYA-AACAP le invita a descubrir las mejores opciones que, junto a Gipuzkoa Hosteleria / Ostalaritza (nuestra Asociación local de Hostelería), hemos seleccionado para los participantes!**

Al recoger sus materiales en el Congreso, se le dará un mapa con la localización de los bares seleccionados e información visual de los pintxos que deseamos proponerle para cada bar. Verá que hay unos bonos que puede utilizar ese día del Jueves por la tarde-noche, con un menú gratuito de degustación de siete pintxos. ¡Por supuesto que puede tomar más! Por favor, recuerde, si es extranjero, que las personas respetan la confianza en los demás. Pida su bebida (no incluida) y coma lo que le parezca. Cuando ya esté dispuesto a irse, informe al camarero o camarera de lo que ha tomado y pague. Así de sencillo. ¡Esperamos disfrute de la experiencia que le hemos preparado!

PINTXOS TOUR

Thursday, June 2nd – 20:00 – 22:00h.

Donostia / San Sebastián is recognized, nationally and internationally, as a gastronomic temple. Together with the surrounding area, it has the highest number of Michelin star restaurants per inhabitant in the world. But besides these famous establishments, it's really the down home “pintxos” bars — the local equivalent of tapas — that form the cornerstone of San Sebastian's foodie culture. The old quarter of the city is packed with pintxos restaurants — so many that knowing where to go and what to order can be very overwhelming. Each spot has a different specialty, which is usually written on a chalkboard behind the bar. The cold dishes are laid out on the counter, but you really need to know what each place is known for if you want to order right. **This is why the AEPNYA-AACAP Congress invites you to discover the best options that, along with Gipuzkoa Hosteleria (our local Association of Catering), has selected for you!**

When you register at the Congress, you will be given a map with the location of the selected bars and visual information about the pintxos we want to propose to you for each specific bar. You can use your bonuses on that Thursday evening, and your tasting menu includes seven free pintxos. Of course you can try more! Please, if you are a foreigner, be aware that everyone respects the honor system. You order drinks (not included) and bites as you go. When you're ready to leave, you tell the bartender what you had and pay. Very simple! We hope you enjoy the experience we have prepared for you!

SESIÓN CLÍNICA SOBRE INTERACCIÓN CUERPO-MENTE / CLINICAL PRACTICUM ON MIND-BODY INTERACTION

Presidente / Chairperson

Tobias Banaschewski, MD, PhD

Medical Director, Dep. of Child and Adolescent Psychiatry & Psychotherapy, & Deputy Director, Central Institute of Mental Health (CIMH), Mannheim, Germany.

Chairman, European Network for Hyperkinetic Disorders (EUNETHYDIS)

President, German Society of Child & Adolescent Psychiatry & Psychotherapy, Psychosomatics and Psychotherapy (DGKJP)

Primera presentación

ANOREXIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES

Josefina Castro-Fornieles, MD

Directora del Instituto de Neurociencias,

Hospital Clínic de Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM.

Profesora Agregada, Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica, Universidad de Barcelona, España

Presidenta, Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente

La Anorexia nerviosa (AN), suele iniciarse en la adolescencia. La AN conlleva una importante interferencia con el funcionamiento social, laboral, familiar y personal y además afecta notablemente a la calidad de vida. Por otro lado, sus complicaciones en diferentes órganos pueden llegar a ser graves. Pacientes con una evolución relativamente corta ya presentan alteraciones bioquímicas, óseas, cardíacas y también diferente afectación a nivel cerebral. Con resonancia magnética cerebral se ha encontrado una reducción global y regional especialmente de material gris. También se han comprobado dificultades en el rendimiento neuropsicológico en diferentes funciones cognitivas como memoria de trabajo, atención o set-shifting. La influencia del estado nutricional es importante y la normalización del peso suele ir acompañada de una normalización de muchas de estas alteraciones, especialmente en adolescentes. En relación al tratamiento se recomienda siempre que sea posible que se realice a nivel ambulatorio o en hospital de día ya que se interfiere menos con el funcionamiento general del paciente especialmente en adolescentes. Se debe reservar el ingreso hospitalario para aquellos casos en que exista riesgo médico, psicopatología grave o en los casos que no han respondido al tratamiento menos intensivo. Es necesario un abordaje conjunto, entre diferentes profesionales, que tenga en cuenta los aspectos nutricionales, médicos y psicológicos. Es imprescindible la recuperación nutricional y controlar y corregir las alteraciones biológicas que existan. El seguimiento ha de ser largo para conseguir el mantenimiento de la mejoría y evitar recaídas. El pronóstico de estos trastornos no es bueno en muchos casos ya que aproximadamente en el 20% persiste de forma crónica algún tipo de TCA y en un 30% se mantienen algunos síntomas a pesar de la mejoría. En los casos en que el tratamiento se realiza de forma precoz en la adolescencia el pronóstico parece ser mejor.

Second Presentation

PSYCHOSOMATIC ISSUES IN CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY

Gregory K. Fritz, MD

Professor and Director, Division of Child and Adolescent Psychiatry

Warren Alpert Medical School of Brown University, Providence, RI, USA

President, American Academy of Child & Adolescent Psychiatry

Psychosomatic disease was for many years thought to apply to one of the classical illnesses believed to be caused by psychological conflict or personality types. Modern psychosomatic medicine recognized that all illnesses likely have a psychosomatic component and the challenge is to identify psychophysiologic mechanisms of interaction. Pediatric asthma, with its high prevalence worldwide and its multifactorial etiology, is a prototypical example of a chronic illness in which biological, psychological and sociocultural factors assert themselves at various points in the course of the illness (extending from vulnerability to disease, to acute precipitant, to recognition of symptoms, to acute intervention and chronic management, to the degree of functional adaptation.) Research and clinical illustrations of these interactions will illustrate the new psychosomatic medicine.

CURSO / COURSE A:

PSYCHOPHARMACOLOGICAL TREATMENT IN CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY

Chairperson: Gabrielle Carlson, MD

PSYCHOTROPIC MEDICATIONS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: WHAT DO THEY TREAT AND HOW EFFECTIVE ARE THEY, AND HOW DO YOU USE THEM

Gabrielle Carlson, MD
Professor of Psychiatry and Pediatrics
Stony Brook University School of Medicine
Putnam Hall-South Campus, Stony Brook, New York, USA

Medication treatment is an important part of the symptomatic management of psychiatric disorders in children and adolescents. This presentation will describe 4 classes of medications, where they fit in our armamentarium, the evidence base that supports their use, and the effectiveness of treatment. The classes include: 1) stimulants, used for hyperactivity, impulsivity, distractibility and emotion regulation, 2) serotonin reuptake inhibitors, used for symptoms of anxiety and depression, 3) neuroleptics, used for psychosis and irritability, 4) mood stabilizers, used for manic symptoms.

Stimulants, starting with Benzedrine in the late 1930s, have long been recognized as helpful in enhancing attention and decreasing impulsivity. Interestingly, recognized from their initial use, is the impact of stimulants on emotion dysregulation and reactive aggression. Effect sizes range from .7 to over 1.

Selective serotonin reuptake inhibitors have an important place in the treatment of major depressive disorder and anxiety disorders. The effect sizes across disorders, at least in non-industry sponsored studies, is about .5. This goes for fluoxetine studies of major depression, sertraline and duloxetine studies in anxiety disorders and a meta-analysis of OCD studies.

Neuroleptics, especially second generation antipsychotics have been studied quite extensively though mostly in industry-sponsored trials. As with the other drug classes, they are effective in more than one condition and for more than one symptom class. Agitation is one category of symptoms whether it is identified as irritability in autism, mania or schizophrenia; psychosis is another in schizophrenia, mania and psychotic depression. In adults there is some suggestion of mood improvement in bipolar depression. Low quality evidence in youth demonstrated that antipsychotics have small beneficial effects on psychotic symptoms (standard mean difference = -0.42, 95% CI -0.58 to -0.26), and a medium adverse effect on weight gain (weighted mean difference = 1.61, 95% CI 0.61 to 2.60) and discontinuation due to side effects (risk ratio = 2.44, 95% CI, 1.12 to 5.31).

Although there is a place for lithium and anticonvulsants in disorders affecting children and adolescents, their efficacy is less consistently demonstrated than what is seen with neuroleptics. They have been studied most often in bipolar disorder.

There are a number of useful assessment rating scales that help quantify the degree of response to these medications. As with any intervention, there are also unwanted effects that need to be factored in to treatment decisions.

The next two presentations will discuss implementation of treatment and use of psychopharmacologic interventions in complex cases and transitional age youth.

MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS COMBINADOS EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA – SU USO EN TRASTORNOS COMÓRBIDOS Y/O PARCIALES

Irma Isasa, MD
Consultora de Psiquiatría Infantil,
Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Policlínica Gipuzkoa
Donostia / San Sebastián, España

El objetivo de esta sesión será aportar conocimientos prácticos sobre la utilización de los psicofármacos en Niños y Adolescentes con trastornos parciales o poco claros, desde el punto de vista de la sintomatología y desde el punto de vista del diagnóstico. Hablaremos del manejo de psicofármacos en casos concretos y de cómo combinar su utilización y/o cambiar de un psicofármaco a otro.

También se revisará la utilización de distintas dosis de fármacos, para tratar síntomas que inicialmente podrían no encajar dentro de ningún criterio diagnóstico y que normalmente tendemos a no tratar con medicación. Hablaremos de ejemplos de la práctica clínica habitual, en los que el conjunto de determinados síntomas, pueden generar consecuencias vitales importantes y de cómo el tratamiento farmacológico de estos síntomas, podría modificar la respuesta ante otros tratamientos, tanto farmacológicos como psicoterapéuticos, señalando asimismo las dificultades asociadas a los efectos secundarios.

Durante la sesión, los participantes tendrán ocasión de contribuir con su propia experiencia en un uso flexible y amplio con los tratamientos psicofarmacológicos considerando el punto de vista ético. Así, es necesario reflexionar sobre si es éticamente admisible tratar con psicofármacos a niños y adolescentes que presentan determinadas dificultades que no encajan completamente en un diagnóstico; presentan un diagnóstico parcial, o incluso más de uno; pero que - sin embargo - sufren dificultades importantes a nivel personal, académico y/o social. La propuesta de la ponencia será la relevancia de considerar el impacto funcional por encima del diagnóstico.

PSYCHOTROPIC MEDICATIONS – THEIR USE IN TRANSITIONAL AGED YOUTH

J. Antoni Ramos-Quiroga, MD, PhD
Jefe del Servicio de Psiquiatría. CIBERSAM
Hospital Universitari Vall d'Hebron
Vall Hebron Institut de Recerca
Coordinador de la asignatura de Psiquiatría,
Profesor Asociado de la Universitat Autònoma de Barcelona, España

Psychiatric disorders that start during childhood normally grow up and persist in adolescence and adulthood (Kessler et al., 2007). Nevertheless, it is important to know when psychotropic medications should be maintained or retired (van de Loo-Neus et al., 2011). If the medication is stopped, some questions are necessary to address, as time to final stop, tapering or quick suppression. Moreover, it will be reviewed clinical aspects relevant to decide when the best moment to stop psychotropic treatment is. There are scales and interviews that can be useful for the clinicians in order to take this decision. Indeed, one of the most important aspects to assess is the functionality of the patients. Functioning Assessment Short Test (FAST) is an useful instrument for the assessment of functionality in schizophrenia, bipolar disorders and ADHD in young adults (Rotger et al., 2014). On the other hand, it is well known that around 75% of the psychiatric disorders start before to 24 years. Patients can have symptoms during childhood but without the required cut-off that define a specific psychiatric disorder (Turgay et al., 2012). At this presentation will be presented data regarding the question of treatment or not the first symptoms, the first manifestations. The perspective of this talk will be absolutely practical and based on the current evidences about this topic.

References / Referencias Bibliográficas:

- Bridge JA, Birmaher B, Iyengar S, Barbe RP, Brent DA. Placebo response in randomized controlled trials of antidepressants for pediatric major depressive disorder. *Am J Psychiatry*. 2009 Jan;166(1):42-9
- Faraone SV, Glatt SJ. A comparison of the efficacy of medications for adult attention-deficit/hyperactivity disorder using meta-analysis of effect sizes. *J Clin Psychiatry*. 2010 Jun;71(6):754-63
- Correll CU, Sheridan EM, DelBello MP. Antipsychotic and mood stabilizer efficacy and tolerability in pediatric and adult patients with bipolar I mania: a comparative analysis of acute, randomized, placebo-controlled trials. *Bipolar Disord*. 2010 Mar;12(2):116-41
- Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, DE Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, DE Girolamo G, Gluzman S, Gureje O, Haro JM, Kawakami N, Karam A, Levinson D, Medina Mora ME, Oakley Browne MA, Posada-Villa J, Stein DJ, Adley Tsang CH, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Heeringa S, Pennell BE, Berglund P, Gruber MJ, Petukhova M, Chatterji S, Ustün TB. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. 2007 Oct;6(3):168-76.

Rotger S, Richarte V, Nogueira M, Corrales M, Bosch R, Vidal R, Marfil L, Valero S, Vieta E, Goikolea JM, Torres I, Rosa A, Mur M, Casas M, Ramos-Quiroga JA. Functioning Assessment Short Test (FAST): validity and reliability in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2014 Dec;264(8):719-27.

Stafford MR, Mayo-Wilson E, Loucas CE, James A, Hollis C, Birchwood M, Kendall T. Efficacy and safety of pharmacological and psychological interventions for the treatment of psychosis and schizophrenia in children, adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2015 Feb 11;10(2):e0117166.

Turgay A, Goodman DW, Asherson P, Lasser RA, Babcock TF, Pucci ML, Barkley R; ADHD Transition Phase Model Working Group. Lifespan persistence of ADHD: the life transition model and its application. *J Clin Psychiatry*. 2012 Feb;73(2):192-201.

Van de Loo-Neus GH, Rommelse N, Buitelaar JK. To stop or not to stop? How long should medication treatment of attention-deficit hyperactivity disorder be extended? *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011 Aug;21(8):584-99

CURSO / COURSE B:

DISORDERS OF MOOD AND ANXIETY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Chairperson: Boris Birmaher, MD

DEPRESSIVE DISORDERS IN YOUTH: PHENOMENOLOGY, COURSE AND TREATMENT

Boris Birmaher, MD

Director of the Child and Adolescent Bipolar Spectrum Disorders (CABS) Clinic.

Co-director of the Research Track for Adult and Child Psychiatry Residents,

University of Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh, PA, USA

The course will review the clinical manifestations and course of depressive disorders in children and adolescents, based on a selective review of the literature with emphasis in evidence based treatments.

Depressive disorders occur in approximately 2% of children and 8 % of adolescents. These disorders are manifested by emotional, cognitive, and physical symptoms that are affected by the age of the child, cultural and ethnical factors, presence of other disorders, and environmental factors. Depression significantly affects the psychosocial functioning of the child and increases the risk for suicide, behavior, legal, and interpersonal problems and increased the risk for the development of other disorders such as substance abuse. Currently, the most effective treatments for depressed youth include psychosocial therapies such as cognitive-behavioral therapy (CBT). In addition, together with the psychosocial treatments, for some cases the use of pharmacological treatments, mainly the serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), is indicated. However, these medications can cause side effects that should be considered when prescribed. Finally, since depressive disorders run families and it is exacerbated by ongoing family conflicts, it is necessary to provide interventions for the whole family.

Depressive disorders significantly affect the normal development of the child. Thus, it is important to identify the early symptoms of depression in children and adolescents and offer efficacious treatments.

ANXIETY DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

John T. Walkup, MD

Director, Division of Child and Adolescent Psychiatry

Weill Cornell Medical College and NewYork-Presbyterian Hospital

New York City, NY, USA

Anxiety disorders have a childhood onset and often go unrecognized and undertreated. The reasons for under recognition are many and include the high prevalence rate of anxiety disorders that suggests to some observers that anxiety is a normal part of child development, the presumption that anxiety is of time-limited impact, and symptoms are triggered and thus perceived as transient. Similarly the reasons for under treatment are many and include the fact that the evidence base for effective treatments was not fully realized until the beginning of 2009. Also, the lack of high-quality cognitive behavioral therapy in the community and the

perception that antidepressant use in prepubertal children is associated with very high rates of significant adverse events functions as a barrier to effective treatment. Advocacy efforts based on early recognition and utilization evidence based treatments are in their infancy.

Data for this presentation will come from a literature review of high quality epidemiological studies, nosological studies and clinical trials. It will stressed that anxiety disorders are characterized by hypervigilance, reactivity to novel stimuli and the interpretation of the novel stimuli as threatening. The prevalence rate of the anxiety disorders ranges from 8 to 12% with some estimates approaching 20%. Clinical trial data across a myriad of studies suggest that cognitive behavioral therapy that includes exposure and response prevention strategies is effective in reducing anxiety symptoms and anxiety related impairment. Similarly, antidepressant medication including selective serotonin reuptake inhibitors and norepinephrine serotonin reuptake inhibitors are effective in reducing anxiety symptoms in prepubertal children as well as adolescence. Importantly in these randomize placebo-controlled trials the placebo response is low suggesting that nonspecific interventions are not likely to be effective. Evaluation of safety data suggest that is the most common symptom across medications is activation which occurs in 15 to 20% of children. Manic reactions in these studies was low with less than 1% so afflicted.

Extensive advocacy regarding the high prevalence of the anxiety disorders, strategies for early recognition and public education about this safety of evidence based treatments will improve the outcomes for children with anxiety disorders.

UPDATE ON PEDIATRIC BIPOLAR DISORDER

César Soutullo, MD, PhD
Director, Child & Adolescent Psychiatry Unit
Department of Psychiatry and Medical Psychology
University of Navarra Clinic, Pamplona, Spain
Navarra Institute for Health Research (IdISNA)
European ADHD Guidelines Group Member (EAGG-EUNETHYDIS)

María Ribeiro Fernández, MD
Child & Adolescent Psychiatry Unit,
Department of Psychiatry and Medical Psychology,
University of Navarra Clinic, Pamplona, Spain

Azucena Diéz Suárez, MD
Child & Adolescent Psychiatry Unit,
Department of Psychiatry and Medical Psychology,
University of Navarra Clinic, Pamplona, Spain

The Course will review and discuss the most recent literature on diagnosis, biology and treatment of children and adolescents with Bipolar Disorder, including the search via MedLine and PubMed of the most recent literature on biology and treatment of Pediatric Bipolar disorder, as well as the recent DSM-5 diagnostic criteria.

Several papers were found several on new findings on Bipolar disorder and mood dysregulation across the lifespan. These include biological findings on genetics, neuropsychology, neuroimaging and treatment (pharmacological and non-pharmacological). There are new diagnostic criteria since 2013, DSM 5, that are different from previous DSM-IV. The diagnostic criteria now are more strict in order to separate children with depression, with anxiety and with oppositional defiant disorder and disruptive mood dysregulation from “true” bipolar disorder. This differential diagnosis is still under study. The treatment includes both psychoeducational interventions, psychotherapies, and psychopharmacology. The use of mood stabilizers such as lithium or valproate has decreased due to the findings from randomized-controlled trials that support the use of antipsychotics as mood stabilizing agents in pediatric bipolar disorder. However, these agents have limitations in their tolerability, mostly from endocrine adverse events, such as weight gain, hypercholesterolemia/hyperlipidemia and hyperprolactinemia.

The session will highlight that there are several new findings on pediatric bipolar disorder, from new diagnostic criteria, to biological findings to new pharmacological and non-pharmacological treatment options.

Referencias / Bibliographic references

- Walkup JT, Wagner KD, Miller L, Yenokyan G, Luby JL, Joshi PT, Axelson DA, Robb A, Salpekar JA, Wolf D, Sanyal A, Birmaher B, Vitiello B, Riddle MA. Treatment of Early-Age Mania: Outcomes for Partial and Nonresponders to Initial Treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015 Dec;54(12):1008-19. doi: 10.1016/j.jaac.2015.09.015. Epub 2015 Oct 8.
- Vallarino M, Henry C, Etain B, Gehue LJ, Macneil C, Scott EM, Barbato A, Conus P, Hlastala SA, Fristad M, Miklowitz DJ, Scott J. An evidence map of psychosocial interventions for the earliest stages of bipolar disorder. *Lancet Psychiatry*. 2015 Jun;2(6):548-63. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00156-X. Epub 2015 May 27.

CURSO / COURSE C:

NEURODEVELOPMENTAL DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Chairperson: F. Xavier Castellanos, MD

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDERS (ADHD – TDAH)

Francisco Xavier Castellanos, MD
Brooke and Daniel Neidich Professor of Child and Adolescent Psychiatry
Professor of Radiology, Neuroscience and Physiology
The Child Study Center at the NYU Langone Medical Center
Director of Child and Adolescent Psychiatry Research,
Nathan Kline Institute, Orangeburg, New York, USA

Consistent with the increasing awareness of the importance of neurodevelopmental disorders across the lifespan, DSM-5 involved a major conceptual reorganization. These three presentations by leaders in the field will examine these conceptual shifts with particular focus on assessment and treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), Intellectual Disability (ID) and Autism Spectrum Disorder (ASD)

The session will review the current concepts related to the definition, guidelines for assessment as well as will outline the treatments of individuals with Neurodevelopmental Disorders, including Attention Deficit Hyperactivity Disorders, Intellectual Disability and Autism Spectrum Disorders .

At the end of the course, participants will become familiar with the changing concepts in the study and care of people with Neurodevelopmental Disorders, an underrepresented area in training and continuing education.

UPDATE ON INTELLECTUAL DISABILITIES (ID)

Bennett L. Levental, MD
Professor of Psychiatry
Director of Child and Adolescent Psychiatry Training,
University of California, San Francisco, CA, USA

There have been substantial changes in the concepts related to neurodevelopmental disorders. Intellectual disability (ID), previously known as “mental retardation” is one area in which there have been major conceptual changes. First of all, the change in nomenclature allows for appreciation that while many individuals with ID may have lower levels of intellectual functioning they may function very well in many other areas. Recognition of these variations is crucial as it creates opportunities for individuals with ID to participate successfully in education and vocational programs. This, in turn, leads to greater opportunities for employment and independent or semi-independent living in communities. To attain these goals, it is necessary for clinicians to perform careful assessments of strengths and functional capacity to accompany the standard assessments of intelligence for individuals with ID. While most forms of ID are idiopathic, there is a growing appreciation of some of the biological bases of known syndromes. With this knowledge, investigators are beginning to design treatments that address potential etiologic substrates of selected ID syndromes such as Rett and Fragile X. This presentation will examine the rapidly changing clinical picture in ID by examining current concepts, assessment models and potential new treatments.

ACTUALIZACIÓN EN TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Amaia Hervás, MD, MRCPsych, PhD
Jefa de Psiquiatría Infantil y Adolescente,
Hospital Universitari Mútua de Terrasa.
Directora de la UETD, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España

La clasificación DSM5, ha incluido el nombre genérico de TEA eliminándose subcategorías diagnósticas y ha definido criterios más estrictos para su diagnóstico. Previo a la manifestación del cuadro clínico de TEA existen signos precoces incluso antes del año de vida. Existen diferentes mecanismos etiológicos operando en TEA que pueden resultar diferentes asociados a género y capacidad intelectual. La presentación examinará el concepto actual de TEA, signos precoces, aspectos relevantes en el diagnóstico en especial en poblaciones con TEA que cursan con infradetección y aspectos de buenas prácticas en el tratamiento.

References / Referencias bibliográficas

- Simonoff, E. "Intellectual Disability" in Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, Thapar A, Pine D, Leckman J, Scott S, Snowling MJ, Taylor E, eds. Wiley, Hoboken, NJ. 2015. Pp 719-737.
- Sonuga-Barke, E.J.S., Taylor, E. "ADHD and hyperkinetic disorder" in Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, Thapar A, Pine D, Leckman J, Scott S, Snowling MJ, Taylor E, eds. Wiley, Hoboken, NJ. 2015. Pp 738-756.
- Thapar A and Rutter M "Neurodevelopmental Disorders," in Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, Thapar A, Pine D, Leckman J, Scott S, Snowling MJ, Taylor E, eds. Wiley, Hoboken, NJ. 2015. Pp 31-40.

SESIÓN DE APERTURA: “LA GENÉTICA Y LA EPIGENÉTICA EN PSIQUATRÍA INFANTIL Y ADOLESCENTE”

OPENING SESSION: “GENETICS AND EPIGENETICS IN CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY”

Presidente / Chair Person:

Josefina Castro-Fornieles, MD
Directora del Instituto de Neurociencias,
Hospital Clínic de Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM
Profesora Agregada, Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica
Universidad de Barcelona, España

Presidenta, Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente

Primera ponencia

“ETIOLOGIA: ENTRE LA GENETICA Y EL AMBIENTE”

Josep Toro, MD
Psiquiatra y Psicólogo Clínico
Profesor Emérito de Psiquiatría
Universidad de Barcelona, España

Todo fenotipo, normal o patológico, es consecuencia de una compleja interacción entre herencia biológica y ambiente. De esa complejidad nace la multicausalidad de los trastornos psiquiátricos. No hay ningún trastorno sin explicación genética y ambiental. Polimorfismos (SNP, CNV...) determinan disposiciones y modulaciones. Frecuentemente hay genes que determinan rasgos que funcionan como riesgos secundarios. La influencia genética puede manifestarse antes o después de la pubertad. El ambiente físico-químico actúa durante embarazo y parto, y de algún modo durante toda la vida. En la perinatalidad y en probables períodos sensibles pueden producirse cambios epigenéticos. Los estresores generan psicopatología, pero la susceptibilidad al estrés tiene fundamento genético. Ciertas características de personalidad, p.ej., neuroticismo, suelen funcionar como moderadores. La pubertad, especialmente femenina, potencia el riesgo de trastornos emocionales y conductuales. Factores neurofisiológicos, descenso de la edad puberal, cambios en estructuras y funcionamiento familiar, intensificación de la relación con coetáneos e influencia de los mass media i diferencias inter-sexos justifican ese fenómeno. La psicopatología de los padres es el principal factor de riesgo psicopatológico (genética, estilos parentales, estrés. Violencia familiar, abusos físicos, psicológicos o sexuales, negligencias, etc. como mínimo causa anomalías del vínculo y por ende psicopatología. Pero la patología del hijo suele determinar respuestas familiares desadaptadoras. Los cambios sociales de los últimos cincuenta años han incrementado los riesgos de patología, especialmente en adolescentes. Violencia, consumo de alcohol y drogas, dietas hipocalóricas, prácticas sexuales imprudentes, etc. son de creciente prevalencia, con efectos acumulativos, y suelen ser predecesores, acompañantes y/o consecuencia de trastornos psiquiátricos. Las comorbilidades son frecuentísimas en psiquiatría de niños y adolescentes. Determinados trastornos facilitan la aparición de otros, por contar con factores causales comunes, o por crear circunstancias que los facilitan. Por otro lado, todo trastorno genera consecuencias (subjetivas, familiares, sociales, académicas, biológicas), que suelen mantenerlo o agravarlo. La multicausalidad de la psicopatología tiene muchas implicaciones. De hecho su conocimiento ha permitido ir dejando de lado las explicaciones monocausales que han dominado el panorama de la psiquiatría durante muchos años. Así mismo la multicausalidad ha permitido desestimar la concepción de que una terapia eficaz es la que enfrenta y corrige las causas del trastorno. El corolario es que el procedimiento terapéutico de elección para un trastorno sólo puede ser aquel que haya demostrado significativamente su eficacia

Second presentation

“EPIGENETICS IN CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY”

James J Hudziak, MD

Professor of Psychiatry, Medicine, Pediatrics and Communication Sciences & Disorders

Director of the Vermont Center for Children, Youth, and Families and The Division of Child Psychiatry.

Thomas M Achenbach Endowed Chair of Developmental Psychopathology

University of Vermont Medical Center & College of Medicine, Burlington, VT, USA

Visiting Professor, ErasmusMC, Sophia Children's Hospital, Rotterdam, The Netherlands; Adjunct Professor of Psychiatry (Child), Washington University School of Medicine, St. Louis, MO; Adjunct Professor in Psychiatry, Geisel School of Medicine at Dartmouth, NH, USA

Rare genetic variants have been shown to play a role in the pathophysiology of autism spectrum illness and the schizophrenia. For common illnesses such as ADHD, aggression, anxiety disorders and depression the identification of multiple common variants has yielded some clues but to date has not helped us understand either the heritability of or the genetic causes of common child psychiatric illness. This presentation will focus on the study of epigenetic mechanisms (such as histone acetylation and methylation) as a possible pathway to understanding just how the environment influences the genome, brain, and behavior of a child. Professor Hudziak will present an overview of genetic (computational and molecular) and environmental influences, and their interaction, in influencing common child psychopathology. He will focus on how epigenetics, particularly methylation of key genes associated with stress reactivity, obesity, and brain repair can help us understand the mechanism through which adversity may lead to chronic emotional-behavioral and non-psychiatric medical conditions. He will frame this work in the context of how changes in the environment can influence the epigenome, the structure and function of the human brain, and ultimately behavior. Previously published and new data on the effects of both negative and health promoting environmental influences will be presented that provides evidence of the influence of environmental factors on genomic (epigenomic), and neural plasticity of adversity. Examples of adversity related epigenetic modification leading to childhood emotional behavioral problems, brain changes, obesity, and other common illness will be presented. He will then present evidence of the power of health promotion to influence these same neural systems in a positive way by presenting emerging evidence of the neural correlates of prescribing health promoting such as music practice, exercise and mindfulness on the brains, biomes, and behavioral outcomes in children. Last he will briefly review a model on how to incorporate health promotion and illness prevention in your clinical practice.

SESIÓN DEL ESTADO DE LA CIENCIA / STATE OF THE SCIENCE PRESENTATION

EL ESPECTRO DE LOS TRASTORNOS ESQUIZÓFRENICOS / SPECTRUM OF SCHIZOPHRENIC DISORDERS

Presidente: Celso Arango, MD

Primera ponencia

“CURSO Y PRONÓSTICO DE LAS PSICOSIS DE INICIO TEMPRANO”

Celso Arango, MD

Jefe de Servicio de Psiquiatría,

Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Director Científico CIBERSAM. Madrid, España

Dada la gran carga a nivel mundial producida por los trastornos psicóticos, la identificación de aquellos casos de alto riesgo y con psicosis de inicio temprano (antes de los 18 años de edad) establecida debería convertirse en una prioridad. En especial porque se ha asociado a estos casos con un peor pronóstico aún

que aquellos casos con inicio en la edad adulta. En una revisión sistemática realizada por nuestro grupo en la que identificamos 75 artículos con seguimiento longitudinal de psicosis de inicio temprano. Las variables que de forma más consistente predijeron un peor pronóstico clínico, funcional, cognitivo y biológico fueron las dificultades premórbidas y la gravedad psicopatológica en el momento del primer episodio, en especial de síntomas negativos. Mayores tiempos de psicosis sin tratar predijeron un peor pronóstico clínico y funcional.

Con el fin de replicar estudios previos llevamos a cabo el estudio CAFEPS, un estudio longitudinal con primeros 110 primeros episodios psicóticos en niños y adolescentes y 98 controles sanos. La media de edad de los pacientes incluidos fue de 15.4 años (rango 9-17). Los mejores predictores de funcionamiento a los dos años después del primer episodio psicótico fueron la gravedad en el momento del primer episodio psicótico medida con la CGAS) (predijo un 30.9% de la varianza ($p < .001$) y el resultado total en la escala pronóstica de Strauss-Carpenter que predijo un 24.1% adicional. ($p < .001$). Un diagnóstico de psicosis no afectiva, la presencia de síntomas negativos primarios y menos volumen de sustancia blanca en el momento basal predijeron más síntomas negativos a los 2 años. Variables como marcadores genéticos, de estrés oxidativo o de volumetría de sustancia gris no predijeron el pronóstico funcional. De esta forma las variables clínicas parecen mejores indicadores pronósticos en psicosis de inicio temprano que los marcadores biológicos utilizados en este estudio.

Hemos evaluado también los factores pronósticos de deterioro funcional desde la infancia hasta dos años después del primer episodio psicótico. En pacientes con ajuste premórbido bueno o intermedio se observó deterioro funcional en un 29.4% de los casos (26.5 % en las psicosis afectivas y 29.4 % en las psicosis no afectivas). Una mayor duración de psicosis sin tratar (Beta = 0.01; $p = 0.01$) y mayor gravedad en el primer episodio psicótico medida con la CGI (Beta = 1.12; $p = 0.02$) predijeron de forma significativa el deterioro funcional explicando un 21.4 % de la varianza.

Segunda ponencia:

“ALTERACIONES PREMORBIDAS EN LAS PSICOSIS DE INICIO TEMPRANO: IMPLICACIONES EN LA ETIOPATOGENIA Y DIAGNOSTICO TEMPRANO”

Beatriz Payá-González, MD
Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla,
Santander, España

En base a las teorías etiopatogénicas vigentes que postulan la existencia de un neurodesarrollo anormal en los trastornos psicóticos de inicio temprano que son producto de complejos mecanismos de interacción gen-ambiente, el estudio de los periodos previos al debut de la enfermedad puede ayudar a profundizar en muchos de los aspectos mencionados.

La literatura muestra antecedentes de alteraciones obstétricas, signos neurológicos menores, alteraciones en el desarrollo motor y del lenguaje y alteraciones en diversas áreas del funcionamiento a lo largo de los diferentes periodos del desarrollo en las personas que desarrollan psicosis de inicio temprano, observándose algunos aspectos comunes a todos los trastornos psicóticos de inicio temprano y otros que parecen ser más específicos de la esquizofrenia.

En base a la literatura existente y a hallazgos de nuestras propias investigaciones del grupo CAFEPS se hará una revisión de las alteraciones premórbidas y de los signos sugerentes de un neurodesarrollo anómalo en las personas que desarrollan trastornos psicóticos de inicio temprano así como se discutirán las implicaciones de estos hallazgos en la profundización de la etiopatogenia y en la detección precoz de los mismos.

La psicosis de inicio temprano comparten factores de riesgo y trayectorias comunes de un neurodesarrollo anómalo, presentando más alteraciones obstétricas prenatales, una menor inteligencia, mas signos neurológicos menores , y un peor ajuste premórbido desde la infancia . Sin embargo la mayor disfunción en el área social y la existencia alteraciones del desarrollo parece más específica de las personas

con esquizofrenia. Por otro lado la mayor frecuencia de diagnósticos previos, sobre todo de trastornos de ánimo y ansiedad y un menor rendimiento escolar en la época de la adolescencia parece más específica de los trastornos afectivos con síntomas psicóticos. Algunos estudios muestran la coexistencia de dos o más variables en una misma población apuntando a un origen etiopatogénico común entre ellas.

En conclusión la protocolización y la mejora en la medición de estas variables a lo largo de los diferentes periodos del desarrollo en poblaciones de riesgo, así como la búsqueda de interrelaciones entre ellas, puede ayudar a establecer perfiles predictivos de desarrollo a psicosis y profundizar más en los mecanismos etiopatogénicos de estos trastornos.

Third presentation

“RISK FACTORS PREDICTING THE TRANSITION TO PSYCHOSIS: WHAT CAN WE LEARN FROM 22Q11.2 DELETION SYNDROME”

Stephan Eliez, MD
Director of Child Psychiatry and Special Education
Geneva University School of Medicine, Switzerland

President, European Society for Child And Adolescent Psychiatry

The identification of risk factors in the high risk and prodromal phase is crucial to prevent the onset of schizophrenia. Indeed, early interventions during this phase significantly increase the efficiency of the treatment and reduce the risk of relapse.

Patients with 22q11.2 deletion syndrome (22q11.2DS) are exposed to high genetic risk to develop schizophrenia. One third of these patients will develop schizophrenia, and another third will develop psychotic symptoms. As all the patients affected share the 22q11.2 deletion, this genetic disorder represents a homogeneous model for schizophrenia.

In order to identify risk factors for the development of psychotic symptoms in 22q11.2DS we are conducting, since 2002, a longitudinal study based on the assessment of patients at cognitive, clinical, and neural level.

At the cognitive level, we showed that in 22q11.2DS a decline in verbal IQ and impairments in executive functions predict the development of psychotic symptoms in early adulthood (Schneider et al., 2013, Maeder et al., in press). In the same way, deficits in IQ, executive functions, working memory and attention are known risk factors for schizophrenia in the general population (Becker et al., 2010).

At the clinical level, the 20% of children with 22q11.2DS experience subthreshold psychotic symptoms, such as hallucinations and delusions (Schneider et al., 2013). These manifestations discriminate between patients that will develop or not a psychosis. The co-occurrence of anxiety disorders is a major risk factor for the development of psychosis. Indeed, 15% of the patients having an anxiety disorder will develop a psychosis later in life, against the 1% of patients without anxiety disorders. In the general population, stress and anxiety are related to the development of psychotic symptoms as well (Aleman and Kahn 2005).

At the neural level, we showed that in 22q11.2DS altered development of frontal lobe morphology and connectivity is associated to the presence positive psychotic symptoms. In the general population, frontal gray matter alterations have been showed to predict the conversion to psychosis (Cannon, 2015).

To conclude, these findings suggest that the onset of the prodromal phase occurs earlier in 22q11.2DS than in the general population. Therefore, it is important to identify and treat transient psychotic symptoms already during childhood and adolescence as they can rapidly turn into a full-blown psychosis. In the same way, early diagnosis and treatment of anxiety disorders is essential for the prevention of psychosis.

SESIÓN DEL ESTADO DE LA CIENCIA / STATE OF THE SCIENCE PRESENTATION

USO Y ABUSO DE SUSTANCIAS – ADDICIONES / USE AND ABUSE OF SUBSTANCES - ADDICTIONS

Presidente: J. Antoni Ramos-Quiroga, MD, PhD

Primera ponencia:

USE AND ABUSE OF SUBSTANCES – ADDICTIONS

J. Antoni Ramos-Quiroga, MD, PhD
Jefe del Servicio de Psiquiatría. CIBERSAM
Hospital Universitari Vall d'Hebron
Vall Hebron Institut de Recerca
Coordinador de la asignatura de Psiquiatría,
Profesor Asociado de la Universitat Autònoma de Barcelona, España

Substance use disorders (SUD) normally start before to adulthood and the main risk factors for SUD, as conduct disorders, ADHD, emotional lability and impulsivity have a begging in childhood. At this State of the Science session, will be presented recent evidence-based data on SUD. Moreover, will be covered the principles related to clinical practice for conduct disorders associated to SUD (including interventions) and addressed new innovations, on-going research, future hopes for cannabis dependence. The attendees will have a complete update of SUD in childhood at the end of the session.

Segunda ponencia:

“CANNABIS USE DISORDER IN YOUTH”

Josep Matalí Costa, PhD
Unitat de Conductes Addictives de l'Adolescent
Servei de Psiquiatria i Psicologia
Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España

Actualmente, el cannabis es la sustancia ilegal que más consumen los adolescentes españoles, la que más peticiones de tratamiento motiva en este grupo de edad, la más mencionada en urgencias infanto-juveniles y la que más consecuencias académicas, legales y de ajuste psicosocial genera. Los adolescentes consumidores presentan altas comorbilidades con otros trastornos mentales. Los modelos motivacionales sobre el uso de sustancias sugieren que la conducta está generada por diferentes razones. Una mejor comprensión de dichas razones por parte de los clínicos ayudará a realizar una mejor intervención con los adolescentes con patología dual.

Se presentará datos novedosos sobre la relación de los motivos de consumo con distintos trastornos mentales en adolescentes. Para el estudio de los motivos de consumo de cannabis, Simons y colaboradores (1998) desarrollaron el Marihuana Motives Measure (MMM). El análisis factorial exploratorio del MMM soportaba la presencia de cinco subescalas: Enhancement (Consumo para mejorar los sentimientos positivos), Coping (para afrontar las emociones negativas), Conformity (para evitar el rechazo social), Social (para mejorar el refuerzo y la cohesión social) y Expansion (para ampliar la consciencia).

Los motivos de consumo han demostrado ser predictores significativos de los problemas relacionados con el consumo de cannabis. Se observa una relación entre los motivos de consumo y la edad de inicio, las consecuencias asociadas y diferentes motivos por los diferentes trastornos mentales. En este sentido, los motivos por coping son muy importantes en los trastornos internalizantes y los motivos por enhancement en los externalizantes.

En conclusión, el identificar y mejorar la comprensión de los motivos de consumo y su relación con el uso y la dependencia es un aspecto de gran importancia para el desarrollo de intervenciones, tanto preventivas como terapéuticas.

Third presentation:

“CANNABIS USE DISORDER IN YOUTH”

Joseph Shrand, MD
Medical Director, CASTLE
Chief, Child and Adolescent Psychiatry,
High Point Treatment Centers
Instructor of Psychiatry, Harvard Medical School, Boston, MA, USA

Youth are more likely than adults to initiate cannabis use, progress from recreational use to cannabis use disorder, and experience potentially lasting cannabis-related adverse consequences. Recent work has focused on developing and optimizing treatments for youth cannabis use disorder. It is important for clinicians to have the latest information on novel treatments that may address this significant public health problem.

This presentation will provide an update on the prevalence and phenomenology of youth cannabis use, as well as emerging findings regarding its potential adverse consequences, including cognitive impairments and adverse interactions with psychiatric disorders. The talk will then focus on new findings regarding psychosocial and pharmacological treatments targeting youth cannabis use disorders.

Amid increasing rates of youth cannabis use disorder, and new information regarding its adverse consequences, new developments in treatment research are needed to help improve clinical outcomes. Psychosocial treatments with evidence of efficacy include motivational interviewing, cognitive behavioral therapy, and family-based interventions. Contingency management has emerged as a behavioral treatment that may significantly enhance abstinence outcomes. The antioxidant supplement N-acetylcysteine, added as a complement to contingency management, was recently shown to be the first efficacious pharmacotherapy for youth cannabis use disorder. Ongoing research with N-acetylcysteine, other pharmacotherapies, and a variety of psychosocial approaches (including the remote delivery of psychosocial interventions via electronic platforms) may provide further advances in the evidence base.

In conclusion, novel psychosocial and pharmacological treatments, which can be implemented in real-world practice, may play a key role in addressing youth cannabis use disorder.

SESIÓN DEL ESTADO DE LA CIENCIA / STATE OF THE SCIENCE PRESENTATION

TRASTORNOS DEL ESPECTRO DEL AUTISMO (TEA) – AUTISM SPECTRUM DISORDERS (ASD)

Presidente: Joaquín Fuentes, MD

Primera ponencia:

“EL HOY... Y EL MAÑANA DEL AUTISMO”

Joaquín Fuentes, MD
Jefe de la Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente,
Policlínica Gipuzkoa.
Consultor de Investigación, Gautena.
Donostia / San Sebastián, España

En los últimos años ha habido una eclosión de conocimientos que ha modificado de manera radical las concepciones aceptadas en nuestra comunidad científica con respecto al autismo, ahora denominados

Trastornos del Espectro del Autismo (TEA). Así, anteriormente se pensaba que era un trastorno raro, vinculado con la discapacidad intelectual; carecíamos de medios para establecer de manera convincente su perfil y grado de sintomatología, y era únicamente en unos pocos casos que éramos capaces de identificar factores etiológicos. Hoy sabemos que se tratan de los casos más severos dentro del abanico del desarrollo diverso de la socialización y que aún co-existiendo con inteligencia normal en al menos la mitad de los casos, el autismo se presenta asociado con numerosas co-morbilidades neuropsiquiátricas y motorices (además de médicas en algunos casos de etiología filiada).

Hemos iniciado el camino hacia un futuro en el que se anticipa seremos cada vez más eficaces a la hora de detectar tempranamente estas alteraciones y sus trastornos comórbidos, en la población general y en la población a riesgo; en el que conoceremos cada vez mejor la heterogeneidad existente y los factores genéticos compartidos y no compartidos con todos nosotros. Sabremos las diversas trayectorias y tendremos tratamientos psicoeducativos y médicos mucho más eficaces, que influyan en los síntomas diana del trastorno. Finalmente consideramos de manera universal el empoderamiento de esta ciudadanía, a fin de que evalúen sus apoyos y contribuyan fundamentalmente al desarrollo de sus propios sueños vitales. Seremos en suma concientes de que los avances en los TEA transformarán nuestro conocimiento en muchos aspectos clave de nuestra especialidad y sus servicios mejorarán la sociedad que todos debemos compartir.

Estos conceptos serán revisados en la presentación, ofreciéndose ejemplos locales de buena práctica; subrayando avances clave en la investigación y los apoyos a utilizar, e informando sobre estudios, impulsados por la Comisión Europea, de epidemiología actualmente en marcha.

Second presentation:

“EPIDEMIOLOGY IN ASD: PREVALENCE AND GENETIC CONSEQUENCES”

Young-Shin Kim, MD
Director, STAR Center for ASD and NDDs
Director, Psychiatric Genetic Epidemiology Program
Associate Professor,
Department of Psychiatry, University of California, San Francisco, CA, USA

We will review the epidemiological literature on ASDs and discuss methodological issues for this area of research as well as future directions. The current estimate for the prevalence of autism spectrum disorders ranges from 1-2.6% in school age children. Reflecting differences in diagnostic definitions and in case ascertainment efficiency, huge variability is reported in estimates between countries, and within the same country between regions.

The new DSM-5 definition is associated with a small decrease in overall prevalence in two major population surveys. An examination of time trends in prevalence rates confirms that the prevalence of ASDs has increased. However, upward trends in rates of prevalence cannot be directly attributed to an increase in the incidence of the disorder due to multiple confounding factors affecting trends in rates, including referral patterns, availability of services, heightened public awareness of ASDs, decreasing age at diagnosis, and changes over time in diagnostic concepts and practices. Nevertheless, the possibility of a true increase in incidence should not be ruled out: such an increased incidence may suggest that some environmental factor(s) and their interactions with genetic vulnerability are possible risk mechanisms for ASD.

Based on these findings, we will: 1) present best practices of recent epidemiological studies; 2) provide a perspective on the role and challenges of epidemiological studies; 3) clinical genetic test protocol at a state-of-the-art clinical research center for ASD and NDDs; and 4) importance of the integration of clinical practices and research enterprises in improving patient care.

Tercera ponencia:

“ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL EN PACIENTES CON TEA”

Mara Parellada, MD
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, IISGM,
CIBERSAM, Facultad de Medicina
Universidad Complutense, Madrid, España

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) son trastornos del neurodesarrollo que con gran frecuencia se asocian a disfuncionalidad y discapacidad crónica. Las personas con TEA con frecuencia padecen trastornos sistémicos asociados y aún con más frecuencia presentan alteraciones fisiopatológicas funcionales (en el ciclo vigilia-sueño, en el tránsito intestinal, en aspectos higienico-dietéticos) que impactan de forma negativa en su calidad de vida. Con la edad, a los problemas de salud asociados con la patología TEA, se añaden los problemas de salud que el resto de la población padece. Las características comportamentales y cognitivas inherentes y/o asociadas al autismo (dificultades en la comprensión del mundo social, resistencia al cambio, apego a rutinas, discapacidad intelectual, hipersensibilidad sensorial) acarrearán desafíos importantes para los servicios de salud en su provisión de la adecuada asistencia sanitaria.

Desde 2009, el programa Atención Médica Integral a Trastornos del Espectro Autista (AMITEA) del Hospital Gregorio Marañón de Madrid atiende a personas con TEA para facilitar un acceso y atención sanitarias en el nivel terciario de asistencia sanitaria equitativa al del resto de la población. Este programa se basa en un diseño de gestión de casos, individualizado, con protocolos específicos por especialidades médicas o procedimientos sanitarios, basado en pilares de atención continuada (a lo largo de la vida, y con estabilidad de profesionales), profesionalización y educación continuada de los profesionales y un acompañamiento continuo a los pacientes y familias con TEA. El estrés asociado a problemas de salud de las familias de pacientes con TEA mejora con un programa como AMITEA, como mejora la tasa de asistencia en el circuito público y el gasto de las familias asociado a la atención a la salud.

SESIÓN DEL ESTADO DE LA CIENCIA / STATE OF THE SCIENCE PRESENTATION

TRASTORNOS DE ANSIEDAD – ANXIETY DISORDERS

Chairperson: John Walkup, MD

First presentation:

“ANXIETY DISORDERS IN TRANSITIONAL AGE YOUTH”

John T. Walkup, MD
Director, Division of Child and Adolescent Psychiatry
Weill Cornell Medical College and NewYork-Presbyterian Hospital
New York City, NY, USA

Anxiety disorders first present in childhood and in early adolescence, but often go unrecognized and untreated. In adolescence some symptoms remit, but core features of anxiety continue in the form of hypervigilance, reactivity to novel stimuli and interpretation of novel stimuli as threatening. The primary mode of coping with anxiety is avoidance behavior. When avoidance is not possible many children and adolescents respond with catastrophic reactions. Parents who observed their children's anxious distress intuitively respond to decrease their child's anxiety by facilitating avoidance, and inadvertently perpetuate maladaptive avoidance coping. Thus, older adolescents and young adults whose anxiety has not been treated find themselves increasingly burdened by anxiety, limited coping capacity and an inability to assume independent functioning. Child and adolescent mental health professionals have the appropriate developmental approach but don't often engage older adolescents and young adults in treatment and may resist active engagement of the young person's family. In this presentation we will describe the course of untreated anxiety as it moves into adolescence and

young adulthood and describe the treatment strategies required to reduce the young person's anxiety, build needed adaptation and coping skills required for adult functioning in the context of family involvement.

The presentation will integrate literature reviews on the course of anxiety from childhood to the young adulthood, emerging adulthood as a new developmental period, and overprotective parenting. The under recognition and under treatment of the anxiety disorders in childhood or early adolescence has left a large percentage of anxious older adolescents and young adults struggling with the transition to adulthood. Treatment of anxious older adolescents and young adults requires individual, group and family therapy often in combination with medication.

In conclusion, the failure of anxious older adolescents and young adults to achieve independence is the result of untreated anxiety, cultural forces and child rearing practices that emphasize parental overprotectiveness and accommodation of avoidance behavior. Treatment of these patients requires a multimodal approach that includes substantial family involvement.

Second presentation:

“RECOGNITION, COMORBIDITY AND TREATMENT OF ANXIETY DISORDERS IN YOUTH FROM A EUROPEAN/SPANISH PERSPECTIVE”

Ana Figeroa-Quintana, MD
Psiquiatra Infantil y Adolescente,
Instituto KIDS de Psiquiatría para Niños y Adolescentes,
Las Palmas de Gran Canaria, España
Ana Ramírez-Navarro
Centro de Atención Multidisciplinar CEAM
Las Palmas de Gran Canaria, España

The presentation will review and discuss the diagnosis and treatment of children and adolescents with anxiety, and some of the most frequent comorbidities in anxiety disorders, such as ADHD, approaching the data from a European perspective.

More than 800 papers approaching youth anxiety were found in Pubmed in 2015. Researchers assess and review findings on biological aspects (genetics, neuroimaging, neuropsychology, etc.), prognostic factors and pharmacological and non-pharmacological treatment. We focused on most recent experts' opinions, and conclusions in randomized controlled clinical trials.

The focus of the presentation will be on how to apply these findings to improve clinical practice, covering the broad spectrum of anxiety disorders and also the different ranges of severity.

In conclusion, the authors will review key recent findings on the biology, neuropsychology, and treatment of youth anxiety. This can (and should!) improve professionals' clinical practice, emphasizing the importance of a thorough initial clinical assessment, with a comprehensive diagnosis (including comorbidities), to design an individualized treatment strategy.

Third presentation:

“POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD) IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: HOW NEUROSCIENCE CAN INFORM NOVEL INTERVENTIONS”

Victor G. Carrión, MD
Professor and Associate Chairman
Department of Psychiatry and Behavioral Sciences
Stanford University, California, USA

During the past 20 years the field of developmental traumatology has come of age by identifying neuroanatomical and neuro-functional markers of traumatic stress in children. Our laboratory's findings have highlighted the critical nature of fronto-limbic pathways in the pathophysiology of pediatric posttraumatic stress. Alterations in the pre-frontal cortex, hippocampus and amygdala accentuate the need to address executive function and emotion regulation in children with PTSD symptoms, and provide putative markers for treatment outcome studies. The need for novel treatments targeting these functions will be addressed, as well as the introduction of a new approach for treating youth with PTSD symptoms; the Cue-Centered Treatment (CCT) protocol (Carrion, et.al. 2013).

The presentation will cover present structural and functional magnetic resonance imaging findings, along with salivary cortisol and new methods; such as portable polysomnography. An overview of CCT, and a school-based "Health and Wellness" prevention curriculum will be introduced. Treatment outcome studies are the next step linking neuroscience and treatment. Two examples from our department; one studying TF-CBT and one studying CCT will be presented.

Although our pathophysiological understanding of traumatic stress during development has improved, many children still do not respond to available treatments. This emphasizes our need to continue to develop treatment and prevention interventions for this heterogeneous population.

SESIÓN DEL ESTADO DE LA CIENCIA / STATE OF THE SCIENCE PRESENTATION

EL ESPECTRO DE LOS TRASTORNOS BIPOLARES EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA / BIPOLAR SPECTRUM DISORDERS IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE

Chairperson: Boris Birmaher, MD

First presentation:

"PRODROMAL SYMPTOMS ASSOCIATED WITH THE RISK TO DEVELOP OF BIPOLAR DISORDER"

Boris Birmaher, MD

Director of the Child and Adolescent Bipolar Spectrum Disorders (CABS) Clinic.

Co-director of the Research Track for Adult and Child Psychiatry Residents,

University of Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh, PA, USA

The presentation will offer recent data regarding the symptoms associated with increased risk to develop bipolar disorder (BP) in youth. The results come from two large prospective studies, the Bipolar Offspring Study (BIOS) and the Course and Outcome of BP Youth (COBY)

The BIOS recruited 391 offspring aged 6-18 of parents with BP-I/II (n=391) and offspring of community controls (n=248). At baseline, 33 offspring of bipolar parents had BP spectrum and 44 offspring developed BP spectrum (15 with bipolar-I/II) over eight years of follow-up. Recent analyses showed that offspring of BP parents who have significant depression/anxiety, mood lability, and subsyndromal manic symptoms and their parents had early-onset of BP disorder (e.g., < 18 years old) are about 50% risk to develop BP. COBY recruited 446 youth with BP spectrum disorders and followed them for almost 15 years. Prospective longitudinal follow-up of these youth showed that early-onset BP is continuous into adulthood and seriously affects the function of the youth and increases the risk for suicidal behavior, substance abuse, legal, and academic problems. In line with the findings in BIOS, on a COBY found that through an average 9 years of observation, 50% (71/141) of BP-NOS youth converted to BP-I or II, the risk being greater in those who were BP family-history positive (mean age at BP-NOS to BP-I/II conversion = 14.5).

It can be concluded that BP usually onsets during youth, particularly in youth who have significant mood and anxiety symptomatology and whose parents had early onset BP. The early identification of prodromal BP symptoms in youth at very high risk to develop BP is important. Treatment studies to prevent or at least delay the onset of BP are warranted.

Segunda ponencia:

“TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TRASTORNO BIPOLAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES”

Carmen Moreno, MD
Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente,
Hospital General Universitario Gregorio Marañón,
Universidad Complutense, IISGM, CIBERSAM, Madrid, España

En los últimos años ha aumentado el número de intervenciones farmacológicas con evidencia de eficacia para el tratamiento de episodios maníacos o mixtos en niños y adolescentes con trastorno bipolar. Los antipsicóticos de segunda generación, el grupo de psicofármacos con más estudios en esta población, se han mostrado eficaces en ensayos aleatorizados doble ciego controlados con placebo, multicéntricos, de 3-4 semanas de duración, aunque no hay disponibles estudios de replicación. Solo en el caso de aripiprazol hay evidencia de eficacia en diseños más largos. La quetiapina, tanto de liberación inmediata como retardada, se ha estudiado además para la depresión bipolar. Aunque no hay estudios comparativos disponibles, lo que limita las conclusiones respecto a eficacia diferencial, las tasas de respuesta de los distintos antipsicóticos para los episodios maníacos o mixtos agudos son similares, oscilando los NNT entre 3.0 y 4.2. Comparativamente, hay menos estudios diseñados para comprobar la eficacia de los estabilizadores del ánimo que de los antipsicóticos. Además de litio, otros 3 estabilizadores se han estudiado frente a placebo para episodios maníacos o mixtos: ácido valproico (en la presentación de liberación retardada), oxcarbazepina y topiramato. Recientemente, se ha publicado un estudio de lamotrigina en el que se estudiaba su eficacia en la prevención de recaídas. No obstante, a excepción del litio, ningún otro estabilizador ha mostrado diferencias significativas frente a placebo. En el estudio comparativo más importante hasta la fecha, un estudio multicéntrico de 8 semanas financiado por el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU (NIMH), se comparó el tratamiento con risperidona, litio y ácido valproico para episodios maníacos o mixtos. Las tasas de respuesta fueron superiores para risperidona que para litio o valproico, sin encontrarse diferencias significativas entre los estabilizadores. Sin embargo, alguna de las características de la muestra estudiada complican la generalización de los resultados a todos los niños y adolescentes con trastorno bipolar I.

Los efectos secundarios de los tratamientos deben valorarse y monitorizarse de forma especialmente cuidadosa en el caso de menores. Algunos de ellos, como la somnolencia y el aumento de peso, tienen un impacto significativo y deben tener un seguimiento estrecho en niños y adolescentes medicados de manera continuada. En el caso de medicaciones con eficacia similar, en la selección de tratamiento se deben tener en cuenta los efectos adversos.

Aunque la mayoría de la investigación en tratamientos para el trastorno bipolar se ha realizado en psicofármacos, las intervenciones psicosociales que incluyen tratamientos familiares, psicoeducación o desarrollo de habilidades, suponen un beneficio añadido a la farmacoterapia y, por tanto, la intervención óptima recomendada es el tratamiento multimodal que combine tratamiento farmacológico e intervenciones psicosociales.

Third presentation

“BIPOLAR DISORDER AND DISRUPTIVE MOOD DYSREGULATION DISORDER: HOW DID WE GET THERE IN THE DSM-5?”

Paramjit T. Joshi, MD
Endowed Professor & Chair
Department of Psychiatry & Behavioral Sciences
Children's National Medical Center
George Washington University School of Medicine, Washington, DC
Past President, American Academy of Child & Adolescent Psychiatry

Research over the last decade has informed some of the changes in the diagnostic classification of Mood Disorders in the DSM-5. There is much disagreement in the definition of the phenotypic presentation – the “Narrow phenotype” and the “broad phenotype”. Many of the youngsters in the latter criteria do not meet the

stringent criteria for a manic episode by way of duration and clustering of symptoms. DSM-5 has introduced a new diagnostic category: disruptive mood dysregulation disorder (DMDD).

The new criteria are based on a decade of research on severe mood dysregulation, & may help clinicians better differentiate children with these symptoms from those with bipolar disorder or oppositional defiant disorder. Bipolar & related disorders are separated from the depressive disorders in DSM-5 and placed between the chapters on schizophrenia spectrum & other psychotic disorders & depressive disorders. This is in recognition of their place as a bridge between the two diagnostic classes in terms of symptomatology, family history & genetics. DMDD addresses the presentation of severe, non-episodic irritability that has contributed to an upsurge of pediatric bipolar diagnoses. Symptoms overlap with ODD but DMDD is considered more severe. According to the DSM-5 when both criteria are met, children should only be assigned the diagnosis of DMDD.

There will be also discussion of some of the psychosocial treatment which will be important both for clinicians and researchers.

SESIÓN DEL ESTADO DE LA CIENCIA / STATE OF THE SCIENCE PRESENTATION

TRASTORNOS DEPRESIVOS / DEPRESSIVE DISORDERS

Chairperson: Gabrielle A. Carlson, MD

First presentation:

“MAJOR DEPRESSION IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: CURRENT THINKING, PSYCHOPHARMACOLOGIC TREATMENT AND PREVENTION”

Gabrielle A. Carlson, MD
Professor of Psychiatry and Pediatrics
Stony Brook University School of Medicine
Putnam Hall-South Campus, Stony Brook, New York, USA

Major depression is a serious problem in children and adolescents as it is in adults. It isn't rare (about 2 % in preadolescents and up to 8% at any given time in teens – though precise rates depend on informant and time period studied), and even when it remits, it recurs so at the end of adolescents, almost 1 in 5 teens will have experienced some kind of significant depressive disorder. Depression complicates other medical conditions, including asthma, diabetes, and other chronic medical conditions affecting treatment adherence for these conditions. It also co-occurs with ADHD, anxiety disorders and substance abuse/dependence. Especially in those with a positive family history for bipolar disorder, a first episode of depression can be the beginning of manic-depressive course. Long-term effects include lower educational attainment and poor psychosocial functioning in domains of work, family, and parenting.

Assessment depends on informant and whether interview or rating scales are used. The Present/Lifetime Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Childhood Version (KSADS PL) is the most frequently used semi-structured interview. The Children's Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R) is the interview outcome measure used most often in medication trials. Self-rated symptom screening scales for MDD including the Children's Depression Inventory (CDI), Beck Depression Inventory (BDI), Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS), and the Center for Epidemiologic Studies –Depression scale (CES-D). All have good internal consistency when used among children and adolescents. Only the last is in the public domain.

The etiology of depression continues to elude us. However, there is a convergence of data suggesting the different symptoms of depression are explained by increased or decreased activation in the cingulate cortex and thalamus, dorsolateral prefrontal cortex and ventrolateral prefrontal cortex, the cuneus and posterior insula.

Evidence-based treatment suggests that selective serotonin reuptake inhibitors provide at least moderate benefit when adequately prescribed (ES of about .5). The high rate of placebo response complicates studies

in younger children. Combined with cognitive-behavioral therapy, there is evidence of decreased recurrence (Emslie et al., 2015). There are also some encouraging studies on preventing depression by treating high risk offspring of depressed parents. One study found simply treating the depressed parent (Weismann, 2016) decreases the child's risk. Other interventions target the family or provide stress reduction strategies to the child in groups or in school.

Segunda ponencia:

“DESAFÍOS CLÍNICOS EN LA DEPRESIÓN MAYOR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y CONDICIONES COMORBIDAS”

Soledad Romero, MD
Psiquiatría Infantil y Adolescente,
CIBERSAM, Hospital Clínic de Barcelona, España

Los estudios controlados y randomizados en depresión mayor en niños y adolescentes muestran un porcentaje de respuesta en el episodio agudo tanto a farmacoterapia como intervenciones psicosociales de un 40-60 %. Sin embargo, los porcentajes de remisión de los síntomas depresivos, incluso con tratamientos combinados (psicoterapia + farmacoterapia) son relativamente bajos (30-40%), lo que indica que un porcentaje importante de niños y adolescentes continúan presentando síntomas. La presencia de síntomas depresivos subsindrómicos se asocia con un peor curso de la enfermedad, conducta suicida y un mayor riesgo de recurrencias o recaídas. En el estudio TORDIA se estudia la evolución de adolescentes con depresión mayor resistente al tratamiento y se investigan diferentes opciones terapéuticas lo que proporciona datos muy interesantes en cuanto a las características sociodemográficas y clínicas de esta población y la respuesta terapéutica a diferentes tratamientos farmacológicos o psicosociales.

Son necesarios tratamientos más eficaces para conseguir mayores tasas de remisión de los síntomas de depresión mayor. Para ello es importante realizar un adecuado diagnóstico diferencial con otras patologías o circunstancias y al mismo tiempo diagnosticar adecuadamente posibles comorbilidades que pueden jugar un papel en la cronificación de los síntomas de depresión y que precisan abordajes terapéuticos específicos tanto psicosociales como farmacológicos. Algunos ejemplos serían circunstancias como la presencia de estresores actuales o historia de trauma (abuso físico o sexual, violencia de género, bullying, conflictos en la familia) o la presencia de trastornos comorbidos (TDAH, abuso de sustancias, trastorno por estrés posttraumático, Trastorno Espectro Autista, Trastorno Límite de la Personalidad, Trastorno de la Conducta Alimentaria, Trastorno del Vínculo) o si se trata de una Depresión Bipolar. Estas circunstancias precisan abordajes específicos que permitirían mejorar las tasas de remisión de los síntomas depresivos.

Third presentation:

“EVIDENCE-BASED PSYCHOTHERAPY FOR MAJOR DEPRESSION IN CHILDREN AND ADOLESCENTS”

John Piacentini, Ph.D., ABPP
Professor of Psychiatry and Biobehavioral Sciences
Director, Child OCD, Anxiety, and Tic Disorders Program
UCLA Semel Institute for Neuroscience and Human Behavior

University of California, Los Angeles, CA, USA

Cognitive Behavior Therapy (CBT) is the most well-studied psychotherapeutic intervention for child and adolescent depression, with randomized controlled trials demonstrating the efficacy of this treatment for depressed youth, both as a monotherapy and when combined with antidepressant medication (TADS Study Group, 2007). CBT has also demonstrated efficacy as an augmentation strategy in adolescent nonresponders to treatment with SSRI medication (TORDIA: Brent et al., 2008) and in preventing short-term symptom relapse and longer-term illness recurrence.

As the name suggests, CBT for youth depression consists of both cognitive and behavioral components. The cognitive component is designed to identify and change the negative thoughts, beliefs and attributions

characteristic of mood disorder, while the behavioral component focuses on increasing the frequency of rewarding behaviors (e.g., behavioral activation) and addresses skills deficits in coping, problem-solving, and interpersonal functioning. The core components of treatment include psychoeducation about depression, systematic mood monitoring, pleasant activity scheduling, and cognitive restructuring. In addition, specific behavioral interventions, addressing problems such as low assertiveness, poor social skills, alcohol/drug use, poor diet/exercise and sleep hygiene, and family problems, are selected on a case-by-case basis depending on the specific needs of individual patients. Based on promising adult research, there is a growing trend towards incorporating mindfulness-based approaches into the treatment of adolescent depression (Curry 2014). These treatments place greater emphasis on accepting, as opposed to changing, negative cognitions. Interpersonal Psychotherapy (IPT), another evidence-based treatment for children and adolescents, targets problematic interpersonal relationships as the primary factor maintaining depressive symptoms.

Several factors need to be considered when determining the appropriateness of CBT for use with children and adolescents, including the patient's symptom severity, functional status, and comorbidity, the level of parental psychopathology and family dysfunction, and low patient motivation or treatment compliance. Given its slower response rate, CBT monotherapy is not recommended as a first-line treatment for youth with severe symptoms or impairment or with complex treatment presentations.

SESIÓN DEL ESTADO DE LA CIENCIA / STATE OF THE SCIENCE PRESENTATION

TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD / ATTENTION-DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDERS

Presidente: César Soutullo, MD

Primera ponencia:

“ADHD: UPDATE ON BIOLOGY AND TREATMENT”

César Soutullo, MD, PhD

Director, Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente

Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica

Clínica Universidad de Navarra

Instituto Navarro para la Investigación Sanitaria (IdISNA), Pamplona, España

Miembro del Grupo de Guías Europeas del TDAH (EAGG-EUNETHYDIS)

Pilar de Castro-Manglano, MD

Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente

Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica

Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España

María Vallejo-Valdivielso, MD

Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente

Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica

Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España

Azucena Díez Suárez, MD

Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente

Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica

Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España

The presentation will review and discuss the most recent literature on diagnosis, biological and treatment of children and adolescents with ADHD. Our search, via MedLine and PubMed, of the most recent literature on biology and treatment of ADHD, identified several papers on new findings on ADHD across the lifespan.

These include biological findings on genetics, neuropsychology, neuroimaging and treatment (pharmacological and non-pharmacological). There are new diagnostic criteria since 2013, DSM 5, that are different from previous DSM-IV. New findings on the genetics of ADHD go beyond the Dopamine and Norepinephrine receptor and

transporter genes, into proteins that control ion membrane permeability and second messengers. As far as the neuropsychology, and imaging, the findings go beyond the prefrontal cold-executive function circuits into a broader “extended executive function” model that includes basal ganglia, striatum and mood-regulation areas. There are image findings that found altered grey matter cortical thickness, functional, and also connectivity (both white matter and functional connectivity) differences between children with ADHD and healthy controls. Also there are differences between remitters versus persistent ADHD patients. Finally we found new data on ADHD treatment: new safe and effective molecules (lisdexandetamine, guanfacine), with new indications for previously known molecules (atomoxetine), long-term data on methylphenidate efficacy and safety, and possible new future directions for treatment.

In conclusion there are new findings on ADHD genetics, neuropsychology, neuroimaging and treatment that indicate both the risks of delaying diagnosis and treatment, and the complexity of this disorder.

Segunda ponencia:

“NUEVAS EVIDENCIAS EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO DEL TDAH”

José Ángel Alda-Diéz, MD
Coordinador Unidad de TDAH. Jefe de Sección de Psiquiatría
Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil,
Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona, España

Cada año se publican una media de 2000 nuevos artículos sobre TDAH en niños y adolescentes en revistas indexadas, siendo difícil para el clínico estar al día de las nuevas evidencias, por ello, la presentación revisará y discutirá las últimas evidencias publicadas sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico para el TDAH, en los 3 últimos años, en PubMed y en National Guideline Clearinghouse.

Se presentarán los datos de la última revisión de la NICE en TDAH y las novedades propuestas por la nueva Guía de Práctica Clínica en TDAH del Sistema Español Nacional de Salud, que se publicará en el primer semestre del 2016. Al mismo tiempo se expondrán los últimos metaanálisis publicados sobre tratamiento farmacológico y no farmacológico del TDAH junto a las nuevas evidencias disponibles para atomoxetina o los alfa 2-agonistas y la utilidad o no de las vacaciones terapéuticas.

Se analizarán los nuevos datos publicados sobre los efectos secundarios de los psicofármacos como los problemas cardíacos, retraso en el crecimiento o los problemas del sueño, haciendo referencia a los últimos datos sobre los factores de riesgo para el TDAH como el bajo peso al nacer o el retraso de crecimiento intrauterino.

En conclusión, cada día aparecen nuevas evidencias que sugieren un mayor riesgo y una peor evolución en aquellos pacientes que no reciben un tratamiento adecuado, siendo el tratamiento multimodal el que presenta unos mayores niveles de evidencia.

Third presentation:

“INTRINSIC FUNCTIONAL CONNECTIVITY IN ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER: A SNAPSHOT OF A RAPIDLY DEVELOPING FIELD”

Francisco Xavier Castellanos, MD
Brooke and Daniel Neidich Professor of Child and Adolescent Psychiatry
Professor of Radiology, Neuroscience and Physiology
The Child Study Center at the NYU Langone Medical Center
Director of Child and Adolescent Psychiatry Research,
Nathan Kline Institute, Orangeburg, New York

Functional magnetic resonance imaging without an explicit task, commonly known as resting state fMRI (R-fMRI), is growing rapidly across neuropsychiatric conditions, including Attention-Deficit/Hyperactivity

Disorder (ADHD). Early studies were unaware of the exquisite vulnerability of this approach to even minor degrees of head motion, which is clearly problematic in ADHD. Second generation studies have implemented various strategies to address this source of artifact. The increasing availability of large multi-site open datasets has been transformational for the field, as they are facilitating ever more sophisticated approaches. In this context, the field's gradual maturation is evidenced by investigators beginning to explicitly test prior published findings.

This presentation will provide a snapshot of this rapidly developing field in anticipation of a game-changing initiative about to be launched, the US NIH Adolescent Brain Cognitive Development Study.

SESIÓN DE CLAUSURA: “EL FUTURO DE LA PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE: LAS VISIONES EUROPEA Y NORTEAMERICANA”

CLOSING SESSION: “THE FUTURE OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY: THE EUROPEAN AND NORTH AMERICAN VISIONS”

Presidente / Chair Person:

Gregory K. Fritz, MD
Professor and Director, Division of Child and Adolescent Psychiatry
Warren Alpert Medical School of Brown University, Providence, RI, USA
President, American Academy of Child & Adolescent Psychiatry

First presentation:

“FUTURE OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY: THE PERSPECTIVE OF THE EUROPEAN SOCIETY FOR CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY (ESCAP)”

Stephan Eliez, MD
Director of Child Psychiatry and Special Education, Office Médico-Pédagogique.
Professor of the Geneva University School of Medicine, Switzerland
President, European Society for Child And Adolescent Psychiatry (ESCAP)

The European Child and Adolescent Psychiatry is experiencing major challenges. Among them, at a clinical level, a large number of migrant populations arrive with significant needs due to disorders related with complex and often traumatic migration histories. In addition to difficulties due to the direct increase in numbers of consulting patients not matched by additional resources, some of the major related problems encountered in Child and Adolescent Psychiatry (CAP) include: 1) acute and severe psychiatric disorders requiring treatment in inpatient locked unit, which is poorly tolerated by these migrating adolescents, 2) the language barrier, 3) patients presenting as minors but who seem to be substantially older than 18, thus causing a lot of reactions from staff members, 4) legal issues.

In addition to clinical challenges, European Child Psychiatry is also facing structural issues. The practices, the use of guidelines, the available financial resources and the CAP training programs are highly variable from one European country to another. At a financial and organizational level, there are significant changes with an overall decrease of mental health resources allocated per child or adolescent in a number of countries. Moreover, in some countries there is a trend to transfer CAP outpatient programs and associated staff from national or state mental health systems to school districts or regional social organizations.

In the face of such challenges but also new opportunities, it has never been more important for European child psychiatrists to have a professional unity to reach a consensus on care, training and practice. Furthermore, it is crucial to provide national and European governments with reliable information on children's mental health and treatment, based on evidence-based research.

ESCAP is committed to play a key role in the future of European child psychiatry through several initiatives or projects that will be presented.

Second presentation:

“THE FUTURE OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY: A NORTH AMERICAN VISION”

Paramjit T. Joshi, MD
Endowed Professor & Chair
Department of Psychiatry & Behavioral Sciences
Children's National Medical Center
George Washington University School of Medicine, Washington, DC
Past President, American Academy of Child & Adolescent Psychiatry

In the decade to come, we will experience continued population growth and an increasing need for mental health care and wellbeing of our children and their families globally. We are certainly at the cusp of great change in our health care system that begs the questions – what will the delivery of mental health services look like in the near future, will the treatments be evidence based, how much will they cost and will our patients get better and how will these outcomes be measured? Children's mental health problems have been called “the major chronic diseases of childhood”.

As Child & Adolescent Psychiatrists we are uniquely qualified to integrate knowledge about human behavior and development from biological, psychological, familial, social, and cultural perspectives with scientific, humanistic, and collaborative approaches to the diagnosis, treatment and promotion of mental health in children and adolescents.

We cannot underestimate the magnitude of two forces that have come to bear on us and the change they will bring over the next decade. The first is the rapidly rising cost of health care and the second the increasing pace and momentum of scientific discovery. A large majority of mental illnesses seen in adults have their origins in childhood and adolescence but the average lag time to treatment is 8-10 years. Early diagnosis and treatment of these disorders will thus impact their prevalence and course in adult life. We need to seize all opportunities to improve health care for millions of children. We are living in a moment of unprecedented scientific progress and with an array of therapeutic interventions with extraordinary effectiveness. We must be able to collaborate, be intellectually and politically active, remain well organized and share common goals and agendas, so we can speak with one voice on the world stage.

SIMPOSIOS

SIMPOSIO 1. PREDICTORS AND COURSE OF SELF-INJURIOUS AND SUICIDAL BEHAVIOR IN ADOLESCENCE

Chairperson:

Prof. Dr. Romuald Brunner, MD

Deputy Clinical Director and Head of Section Disorders of Personality Development, Department of Child & Adolescent Psychiatry; Centre of Psychosocial Medicine; University Hospital of Heidelberg, Heidelberg, Germany

First presentation:

“Long term follow up of adolescent suicide attempters”

Alan Apter, MD

Feinberg Child Study Centre, Schneider Children's Medical Centre, Tel Aviv University, Tel Aviv, Israel

Suicidal behavior in adolescence encompasses a wide range of behaviors including suicidal ideation, suicidal threats, suicidal gestures, suicide attempts, serious suicide attempts and some would include non-suicidal self-injury. The relationship between these various behaviors is unclear. Many clinicians believe that there is a continuum of severity from for instance thoughts through eventual completed suicide. Suicide attempts are commonly considered to be the most specific predictor of an eventual suicide. This is certainly true for adults where presentation at an emergency room with deliberate self-harm confers an odds ratio of 49 for an eventual suicide. The situation in adolescence is less clear. Shaffer has recently calculated that in order to prevent one adolescent suicide it would be necessary to examine almost 5000 female adolescent attempters presenting to the emergency room and almost 500 males. In the European Multi-Center emergency room project we found in our catchment area striking differences between the relation between non-fatal suicidal behavior (deliberate self-harm) and suicide rates in young people although these behaviors were clearly correlated in older people. The objective of this study was to follow up adolescents presenting at a general hospital emergency room with an attempted suicide, over time to look at the long term prognosis of such a presentation. We wished

to examine the hypothesis that adolescent self-harm especially in girls has a relatively good prognosis. All adolescent suicide attempters (n=117) to an emergency room with a defined catchment area in the south of Israel during a period of one year were recruited for the study. They were followed over six years and were assessed at three time points. The first was in the emergency room where they were given a structured psychiatric examination and hospitalized for observation on a general pediatric unit for at least 48 hours. The second stage was in the military induction center where all Jewish Israeli youth are thoroughly assessed before commencing their compulsory military service. The third stage comprised an ongoing assessment of the young person during this service. The control group comprised adolescents of the same sex and from the same geographical location who were examined at the induction center on the same day as the attempter. There were surprisingly few significant differences on any of the measures assessed although suicide attempters who also had poor educational records and who performed poorly on academic achievement had significantly worse service records. No differences in suicidal behavior were noted during follow up. These results in this specific adolescent population seem to support the evidence of a lack of a continuum between deliberate self-harm and serious suicidal behavior.

References:

1. Nock MK, Green JG, Hwang I, et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the

National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*. 2013; 70:300–310.

Second presentation:

“Association between Victimization by Bullying and Direct Self Injurious Behavior among Adolescence in Europe: a 10-Country Study”

Anat Brunstein Klomek, PhD and the European Research Consortium SEYLE.
School of Psychology, Interdisciplinary Center, Herzliya, Israel

Previous studies have examined the association between victimization by bullying and both suicide ideation and suicide attempts. We will present a study which examined the association between victimization by bullying and direct-self-injurious behavior (D-SIB) among a large representative sample of male and female adolescents in Europe. This study is part of the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) study and includes 168 schools, with 11,110 students. Students were administered a self-report survey within the classroom, in which they were asked about three types of victimization by bullying (physical, verbal and relational) as well as direct self-injurious behavior (D-SIB). Additional risk factors (symptoms of depression and anxiety, suicide ideation, suicide attempts, loneliness, alcohol consumption, drug consumption), and protective factors (parent support, peer support, pro-social behavior), were included. Major findings of the study indicated that physical, verbal and relational victimization were associated with D-SIB. In addition, depression, partially mediated the effect of relational victimization and verbal victimization on D-SIB. Lastly, students with parent and

peer support and those with pro-social behaviors were at significantly lower risk of engaging in D-SIB after being victimized compared to students without support/pro-social behaviors. Participants will be able to use the knowledge presented to understand the cross-sectional association between specific types of victimization with self-injurious behavior among adolescents and what may be part of the risk and protective factors involved.

References:

1. Brunner R, Kaess M, Parzer P, Fischer G, Carli V, Hoven CW, Wasserman C, Sarchiapone M, Resch F, Apter A, Balazs J, Barzilay S, Bobes J, Corcoran P, Cosmanm D, Haring C, Iosuec M, Kahn JP, Keeley H, Meszaros G, Nemes B, Podlogar T, Postuvan V, Saiz PA, Sisask M, Tубiana A, Varnik A, Wasserman D (2014) Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 55: 337–348.

Third presentation:

“What happens to adolescents with Nonsuicidal Self-Injury when they grow up?”

Paul L. Plener, MD

Department of Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy, University of Ulm, Ulm, Germany

Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) peaks in prevalence throughout adolescence but very little is known about the course of NSSI over the lifespan. As evidence from different longitudinal studies suggests, NSSI seems to decrease in young adulthood in community samples, however, former child and adolescent psychiatric inpatients with severe NSSI have so far not been followed up to young adulthood. In this talk, data from former inpatients of two child and adolescent psychiatric departments in Germany with a history of NSSI, who were contacted as young adults are presented. Eighty-three patients provided written feedback and 52 participated in clinical interviews. Around one third of the former inpatients described to still receive psychotherapeutic treatment and/or psychopharmacological treatment. Less than half (46.2%) fulfilled criteria for borderline

personality disorder. Interestingly, a significant number of these former patients, who presented severe NSSI during their adolescence, were not suffering from a psychiatric disorder in their later life. These findings suggest that even severe NSSI in adolescence alone does not necessarily put patients on a trajectory to the development of borderline personality disorder. Further subgrouping is necessary to understand processes of maintenance and cessation of NSSI in young adulthood.

References:

1. Groschwitz RC, Plener PL, Schumacher T, Stoehr R, Kaess M, Boege I (2015) The situation of former adolescent self-injurers as young adults: A follow-up study. *BMC Psychiatry* 15:160.

Fourth presentation:

“Prospective predictors of onset, maintenance and cessation of self-injurious behavior during adolescence”

Romuald Brunner, MD and the European Research Consortium SEYLE.

Department of Child and Adolescent Psychiatry, Section Disorders of Personality Development, Centre for Psychosocial Medicine, University of Heidelberg, Heidelberg, Germany

Epidemiological studies indicate a high prevalence of self-injurious behavior (SIB) in adolescents in the general population. So far, there are only very few studies on the course of self-injurious behavior in adolescents and young adults. The aim of the present population-based study was the analysis of prospective predictors of onset, maintenance and cessation self-injurious behavior in adolescents. A representative sample of the normal population of adolescents from Germany (initial sample: N = 1,444; mean age = 14.7, SD = 0.80, 52% female adolescents) was studied over a two years period on 4 consecutive points of measurement in the context of the European school-based intervention study SEYLE. In addition to recording the frequency and type of self-injurious behavior and suicidal behaviors a wide range of psychopathological abnormalities and risk behaviors has been assessed. There was a high remission rate (70.4%) of self-injurious behaviors at 24-month follow-up investigation. However, there was a substantial rate (29.6%) of adolescents who continued the self-injurious behavior, as well as a group of “new starters”. Self-

injurious behavior during the baseline examination proved to be the strongest predictor of self-injurious behavior 2 years later. The extent of depressive symptoms and quality of peer relationships were significantly associated with maintaining self-injurious behavior two years later. Furthermore continued self-injurious behavior over the first 12-month was highly associated with suicide plans/suicide attempts at 24-month follow-up investigation. While both, onset and maintenance of SIB are prospectively associated with an increased risk for suicidal behavior in late adolescence, SIB cessation significantly reduces the risk for later suicidal behavior. Practitioners should focus on reducing SIB in adolescents engaging in SIB to prevent further engagement in suicidal behavior. Since only a few longitudinal studies have been investigated predictors for the course and outcome of self-injurious behavior starting during adolescence, there is insufficient information on possible “warning signs” also for the risk of subsequent suicide attempts or even suicide.

References:

1. Wasserman, D., Hoven, C.W., Wasserman, C., Wall, M., Kelleher, I., Eisenberg, R., Sarchiapone, M., Hadlaczky, G., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., Brunner, R., Corcoran, P., Cosman, D., Guillemin, F., Haring, C., Iosue, M., Kaess, M., Kahn, J.P.,

Keeley, H., Musa, G., Nemes, B., Postuvan, V., Saiz, P., Reiter-Theil, S., Varnik, A., Varnik, V., Carli, V. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet*, 385, 1536-1544.

SIMPOSIO 2. GENETIC MECHANISMS UNDERLYING COMPLEX NEUROPSYCHIATRIC DISORDERS

Chairperson:

Jon McClellan MD

Professor

Department of Psychiatry

University of Washington

Seattle, WA USA

First presentation:

“The genetics of schizophrenia”

Jon McClellan

Over the past decade, genomic research suggests that schizophrenia is characterized by vast genetic heterogeneity. Rare damaging mutations of all classes, including copy number variants, point mutations, and small insertions and deletions, appear to play a role in the illness. Many of these mutations are de novo or arose in recent generations. Our lab first demonstrated that individuals with schizophrenia, especially those with early onset, are enriched for rare genomic deletions and duplications that disrupt genes important to neurodevelopment, as compared to healthy controls. In a later study, we found that persons with sporadic schizophrenia (i.e., no one else in the immediate family is affected) are more likely to harbor de novo mutations that are predicted to disrupt gene function, as compared to their healthy siblings.

The genes disrupted by damaging mutations in affected persons are significantly co-expressed in fetal prefrontal cortex, and function in processes critical to neocortical development, including neuronal migration, signaling, axon migration and transcription regulation. Collectively, the emerging research suggests that multiple, individually rare mutations altering genes in neurodevelopmental pathways contribute to schizophrenia. Each candidate gene implicates mechanisms and pathways potentially important to disease, and offers potential targets for treatment development.

References:

1. McClellan J, King MC. Genetic heterogeneity in human disease. *Cell*. 2010;141(2):210-7.

Second presentation:**“The genetics of autism”***Antonio M. Persico, MD**Head, Child Neuropsychiatry Unit**Associate Professor**Campus Bio-Medico University**Rome, Italy*

Autism Spectrum Disorder (ASD) is a severe neuropsychiatric disorder with onset in early childhood, characterized by deficits in social reciprocity and communication, repetitive behaviors, unusually restricted interests and abnormal sensory processing. To date, hundreds of different genes and genomic loci have been implicated. The genetic structure of autism is complex and heterogeneous. Known genetic syndromes account for approximately 10% of cases, monogenic forms due to single copy number variants (CNVs) or rare point mutations explain an additional 15% of cases, and rare mitochondrial forms and polygenic inheritance are presumed responsible for the remaining cases. The phenotypic expression (i.e., “penetrance”) of these genetic components is highly variable, ranging from fully penetrant CNVs or point mutations, to polygenic forms where each common variant confers a low risk while collectively fostering pathogenic gene-gene and gene-environment interactions. In addition, many genes lack phenotypic specificity, and are also involved in intellectual disability, epilepsy, language disorder,

learning disabilities and other neurodevelopmental disorders. Applying network analysis to genetic and transcriptome data has identified multiple gene networks enriched in ASD, paving the path to a deeper pathophysiological understanding of the syndrome. Interestingly, synapse structure/function and neurite elongation genes appears most involved in “pure” ASD, whereas cell proliferation and migration genes are linked to low functioning ASD or intellectual disability. Understanding the pathophysiology of ASD at the single patient level can now pave the path toward the design of pharmacological interventions aimed at improving core ASD symptoms and not merely comorbidities. These treatments must necessarily be personalized, as gene networks converge upon a limited, yet heterogeneous set of neurobiological mechanisms underlying ASD in different patients.

References:

1. Persico AM, Napolioni V. Autism genetics. *Behav Brain Res.* 2013;251:95-112.

Third presentation:**“The genetics of ADHD”***J. Antoni Ramos-Quiroga, MD, PhD**Hospital Universitari Vall d'Hebron**Profesor Asociado de Psiquiatría**Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal**Universitat Autònoma de Barcelona**Barcelona, España*

Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is a complex neurodevelopmental disorder characterized by pervasive and impairing symptoms of inattention, hyperactivity and impulsivity. Family, twin and adoption

studies suggest an essential contribution of genetic factors, with a stronger genetic component involved in the etiology of adult ADHD. ADHD Genetic research has mainly focused on common variants through candidate

gene association studies or hypothesis-free genome-wide scans (GWAS). Recent work suggests that copy number variations (CNVs) also contribute to ADHD. To date, eight genome-wide association studies have focusing on structural variants in childhood ADHD, three of which reported a greater CNV burden in subjects with ADHD as compared to controls. We hypothesize that structural variants may also contribute to adult ADHD, and conducted the first whole-genome CNV study in this population (400 adults with ADHD and 526 controls). We found that the overall rate of CNVs (>100 kb) was 1.33 times higher in ADHD subjects than in controls ($p=2.4e-03$). The enrichment was mainly due to a higher proportion of small events (from 100 kb to 500 kb; 1.35-fold; $p=1.3e-03$). Significant differences were found for CNVs that overlap genes and for structural variants spanning candidate genes for psychiatric disorders, with duplications showing the greatest differences (1.41-fold,

$p=0.024$ and 2.85-fold, $p=8.5e-03$, respectively). In our ADHD cohort, no significant enrichment was detected for childhood ADHD-associated CNVs, for CNVs previously identified in at least one ADHD patient or for CNVs previously implicated in autism or schizophrenia. Our study supports that adults with ADHD have higher rates of CNVs as compared to controls and contributes to the growing list of structural variants potentially involved in the etiology of the disorder.

References:

1. Ramos-Quiroga JA, Sánchez-Mora C, Casas M, García-Martínez I, Bosch R, Nogueira M, Corrales M, Palomar G, Vidal R, Coll-Tané M, Bayés M, Cormand B, Ribasés M. Genome-wide copy number variation analysis in adult attention deficit and hyperactivity disorder. *J Psychiatr Res.* 2014;49:60-7.

SIMPOSIO 3. ADVANCES IN NEUROBIOLOGY AND PSYCHOPHARMACOLOGY RESEARCH

Chairperson:

Prof. Dr. Joseph Biederman, MD

Chief, Clinical and Research Programs in Pediatric Psychopharmacology and Adult ADHD;

Director, Bressler Program for Autism Spectrum Disorders;

Massachusetts General Hospital

Boston, MA USA

First presentation:

“Dissociation of Working Memory and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in the Brain”

Prof. Dr. Joseph Biederman, MD

Chief, Clinical and Research Programs in Pediatric Psychopharmacology and Adult ADHD;

Director, Bressler Program for Autism Spectrum Disorders;

Massachusetts General Hospital

Boston, MA USA

Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most common neurodevelopmental disorders, affecting an estimated 11% of children and 5% of adults worldwide. ADHD is frequently associated with executive function deficits in general [1], and working memory (WM) deficits in particular. Working memory

is often described as the ability to hold information in memory for short time periods. This study used MRI to examine whether the brain circuits that subserve ADHD and working memory are the same or different. To this end we scanned adults who were diagnosed with ADHD in childhood who subsequently remitted

or persisted in their diagnosis as adults. Results from the study showed that working memory deficits were independent of whether ADHD participants continued to have ADHD (persistent) or had remitted from their diagnosis in adulthood (remitters). During scanning, ADHD participants with impaired working memory performed worse than controls and ADHD participants with unimpaired working memory. Both the controls and the ADHD participants with unimpaired working memory exhibited significant increasing brain activation as a function of working-memory load in dorsolateral prefrontal cortex, intraparietal sulcus, and cerebellum. In contrast, ADHD participants with impaired working memory exhibited significant impaired activation in the same regions. These findings suggest that decreased

activations in left prefrontal, precuneus, and parietal cortices and cerebellum are correlates of working memory impairments and unrelated to the diagnostic status of ADHD. These findings point to a separation between ADHD and working memory deficits that often accompany ADHD, suggesting that ADHD and working memory deficits represent separate conditions.

References:

1. Faraone, S. V., Biederman, J., Doyle, A., Murray, K., Petty, C., Adamson, J. J., & Seidman, L. (2006). Neuropsychological studies of late onset and subthreshold diagnoses of adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 60(10), 1081–1087.

Second presentation:

“Memantine Hydrochloride for the Treatment of Social Impairment in Young Adults with High-functioning Autism: A Pilot Study”

Gagan Joshi, MD

Bressler Program for Autism Spectrum Disorder, Massachusetts General Hospital

Department of Psychiatry, Harvard Medical School

Boston, Massachusetts, USA

Autism Spectrum Disorder (ASD) is increasingly being recognized in intellectually capable populations of all ages. These intellectually capable individuals with ASD, also identified as high-functioning ASD (HF-ASD), suffer from disabling social deficits. Behavioral interventions for managing social deficits in individuals with HF-ASD are at best marginally effective. Till date, evidence supporting the effectiveness of pro-social medications for the management of HF-ASD is lacking. Based on compelling evidence of abnormal brain glutamate activity in ASD, medications with glutamate modulating activity hold promise of improving social performance in individuals with ASD. This presentation will highlight the prevalence of ASD in intellectually capable populations, provide understanding of the abnormal brain glutamate activity associated with autism, and underscore the potential role of glutamate modulating medications for improving social behaviors in autism. In particular, this presentation will discuss findings of two studies conducted in HF-ASD populations that document brain glutamate dysfunction and therapeutic benefits of

a glutamate modulating medication: 1) a spectroscopic neuroimaging study for assessing brain glutamate activity in adolescents with HF-ASD; and 2) a 12-week open-label prospective trial of memantine hydrochloride for the treatment of social deficits in young adults with HF-ASD. Participants will be able to use the information acquired in this presentation to be aware of the mounting prevalence of HF-ASD and to appreciate the abnormal brain glutamate activity and the promising therapeutic benefits of glutamate modulating agents for improving social functioning in individuals with HF-ASD.

References:

1. Joshi G, Biederman J, Wozniak J, Goldin RL, Crowley D, Furtak S, Lukas SE, Gönenç A. Magnetic resonance spectroscopy study of the glutamatergic system in adolescent males with high-functioning autistic disorder: a pilot study at 4T. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2013 Aug;263(5):379-84.

Third presentation:

“Memantine: A New Mood Stabilizer for Treatment Resistant Bipolar Disorder”

Giulia Serra, MD

Child Neuropsychiatry Unit, Dept. of Neuroscience, I.R.C.C.S. Children Hospital Bambino Gesù, Rome (Italy); NESMOS Department, Sant'Andrea Hospital, Sapienza University of Rome (Italy); International Consortium for Psychotic & Mood Disorders Research, Mailman Research Center, McLean Hospital, Belmont, MA

Bipolar Disorder (BD) is a highly prevalent mood disorder with a great risk of sustained morbidity and mortality from suicide and co-morbid medical illnesses. Even with the use of currently available standard treatments, BD patients remain unwell for nearly half of their long-term follow-up, and fully three-quarters of this unresolved morbidity is depressive. Given the clinical significance of these unsolved morbidity in treated BD patients, developing long-term safe and effective treatment of BD aimed at preventing recurrences of this illness is a leading clinical and research challenge for contemporary psychiatry.

Preliminary observations suggest that memantine, an NMDA glutamate receptor antagonist used to treat dementia may be effective in BD. Our group found suggestive evidence of the mood-stabilizing effect of memantine when added to stable, ongoing but inadequately effective standard treatments in 40 BD patients in two 6 and 12-month open label clinical trials. Memantine as a monotherapy also has been reported to show beneficial effects in few individual BD patients, including after discontinuation of lithium treatment.

This presentation will discuss the results of a three-

year naturalistic study carried out at the Lucio Bini Mood Disorder Center in Rome. Memantine was added clinically for three years to the ongoing mood-stabilizing treatment of 30 treatment resistant BD patients. This presentation will provide information about the substantial, long-term, mood-stabilizing effects of Memantine in treatment-resistant BD patients with an excellent tolerability at daily doses of 20–30 mg. Clinical improvements obtained with memantine occurred in both type I and II BD patients, including reduction of the number, duration, and severity of episodes in both mania-like and depressive morbidity, and were independent of initial clinical status at the start of memantine treatment. Furthermore, the pharmacologic mechanisms that might underlie the mood-stabilizing effect of memantine will be explained.

References:

1. Serra G, Koukopoulos A, De Chiara L et al. Three-year, naturalistic, mirror image assessment of adding memantine to the treatment of 30 treatment-resistant bipolar disorder patients. *J Clinical Psychiatry* 2015. 2015 Jan; 76(1):e91-7.

SIMPOSIO 4. PREMIOS AEPNYA DE INVESTIGACIÓN 2011-2014: APORTACIONES AL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO

Moderadora: Arantza Fernández Rivas.

Presidenta del Comité Científico de AEPNYA.

Primera ponencia:

“Estudio ARCOS: prevalencia y factores predictores a 6 meses de ideación suicida, conducta suicida y conducta autolesiva en adolescentes evaluados en un ámbito clínico naturalístico”

Juan J. Carballo, MD PhD.

Médico Psiquiatra. Jefe Asociado

Departamento de Psiquiatría

Fundación Jiménez Díaz

Universidad Autónoma de Madrid

El comportamiento suicida en la adolescencia supone un importante problema de salud pública debido a su prevalencia y al riesgo vital que conlleva. Por otra parte, la adolescencia es el periodo de mayor riesgo de “conductas autolesivas no suicidas”.

Se presentan los resultados del estudio ARCOS. Se mostrarán los resultados sobre la prevalencia en un año de ideación suicida, planificación suicida, gesto suicida, intento autolítico, pensamientos y/o conducta autolesiva no suicida mediante el empleo de la Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas, así como se analizarán los correlatos sociodemográficos y clínicos y las funciones de dichos pensamientos y conductas. Además se presentarán resultados de investigaciones posteriores y proyectos basados en este estudio piloto.

Durante el reclutamiento se evaluaron a 267 adolescentes. Las mayores tasas correspondieron a la ideación autolítica (20,6%), pensamientos relativos a conductas autolesivas (25,8%) y autolesiones no suicidas (21,7%). Las tasas más bajas correspondieron con 4.5% a intentos de suicidio y 9.7% a gestos suicidas. La función más importante que cumplen la ideación

suicida, los planes de suicidio, los intentos de suicidio y las autolesiones para los pacientes fue el reforzamiento negativo automático.

Conclusión: dada la alta prevalencia de pensamientos y conductas suicidas y autolesivas en población adolescente ambulatoria, su exploración detallada debe incluirse en la valoración rutinaria de estos pacientes. Los adolescentes con sintomatología depresiva y tendencia a la internalización de la ira parecen tener un mayor riesgo de conducta suicida y/o autolesiva por lo que sería recomendable que se incluyeran en su tratamiento técnicas de manejo y control de la ira.

Referencias:

1. Prevalence and functions of self-injurious thoughts and behaviors in a sample of Spanish adolescents assessed in mental health outpatient departments. Mónica Díaz de Neira, Rebeca García-Nieto, Victoria de León-Martínez, Margarita Pérez Fominaya, Enrique Baca-García, Juan J. Carballo. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2015;08:137-45.

Segunda ponencia:

“Influencia de una dieta libre de gluten y caseína en las alteraciones del comportamiento de niños y adolescentes diagnosticados de Trastorno del Espectro Autista”

Pablo José González Domenech

Médico Psiquiatra, Centros Sociales Diputación Provincial de Granada

Existen estudios de investigación que sugieren que los péptidos derivados del gluten y la caseína están involucrados en la patogénesis del autismo, y que una dieta libre de estos componentes puede mejorar los síntomas

nucleares y periféricos de los Trastornos del Espectro Autista (TEA). Otras investigaciones en este campo, sin embargo, señalan una ausencia de efecto terapéutico tras el uso de estas dietas. A pesar de los avances en el

tratamiento de los TEA en las últimas décadas, existen importantes lagunas para atender las necesidades generales de esta población. En el ámbito de las dietas de exclusión, hasta el momento no existe un único modelo de acción que relacione la fisiopatología del autismo con el efecto de estas dietas, ni se conocen con precisión las características específicas de aquellos sujetos que responden al tratamiento ni las de los no respondedores. Tampoco se ha logrado un consenso universal sobre los efectos terapéuticos alcanzados (síntomas nucleares y periféricos, comorbilidad gastrointestinal, epiléptica o celíaca, diferencias de respuesta según edad o sexo, etc) ni existen guías protocolizadas sobre aspectos de riesgo y seguridad derivados del uso de estas dietas. Son necesarios futuros ensayos clínicos aleatorizados durante un periodo de tiempo adecuado (mínimo 6 meses) y que además incluyan elementos de placebo y enmascaramiento. El

énfasis actual en establecer endofenotipos dentro del autismo puede ayudar a delimitar un “fenotipo autista relacionado con la dieta” que sirva como marcador de predicción de respuesta a este tipo de intervenciones.

Tras esta presentación, se pretende que el asistente conozca las bases fisiopatológicas que relacionan las dietas sin gluten y caseína con el autismo, las investigaciones (favorables y desfavorables) que existen hasta el momento y los puntos claves futuros para ampliar el conocimiento en este área.

Referencias:

1. Whiteley P, Haracopos D, Knivsberg AM, Reichelt KL, Parlar S, Jacobsen J, et al. The ScanBrit randomised, controlled, single-blind study of a gluten and casein-free dietary

Tercera ponencia:

“Conductas disruptivas en el Síndrome de Tourette. El papel de la cognición social y estudio piloto de un grupo de entrenamiento para padres”

Blanca Garcia Delgar, M.D.

Médico psiquiatra, Hospital Clínic de Barcelona

El síndrome de Tourette es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por la aparición de tics motores y fónicos crónicos en la infancia. En España, afecta entre el 0.6% y el 2.6% de la población escolar, una de las prevalencias más elevadas a nivel internacional. Hasta el momento, la mayor parte de las intervenciones terapéuticas en este trastorno se han centrado en los tics, dejando de lado otros síntomas acompañantes que pueden resultar más discapacitantes. Uno de estos síntomas son las conductas disruptivas, que aparecen en el 80% de los niños con síndrome de Tourette, y son consideradas por los padres una prioridad en el tratamiento debido al elevado impacto que tienen en el funcionamiento de su hijo/a.

En esta sesión se presentarán los resultados de un estudio randomizado y doble ciego realizado en el Hospital Clínic de Barcelona para examinar la eficacia de un programa de entrenamiento dirigido a padres para controlar las conductas disruptivas de sus hijos/as. Asimismo, se presentarán resultados sobre la relación entre los

problemas de conducta y los trastornos comórbidos más frecuentes en el síndrome de Tourette, como el trastorno del déficit de atención e hiperactividad o los trastornos de ansiedad. Por último, y como punto diferencial del estudio, se analizará el papel de la cognición social en la aparición de estos síntomas conductuales.

Entender las causas de las conductas disruptivas en los niños con síndrome de Tourette es imprescindible para adaptar las intervenciones terapéuticas a este grupo de pacientes y mejorar así su calidad de vida.

Referencias:

1. Sukhodolsky, D. G., Scahill, L., Zhang, H., Peterson, B. S., King, R. A., Lombroso, P.J., Leckman, J. F. (2003). Disruptive behavior in children with tourette's syndrome: Association with adhd comorbidity, tic severity, and functional impairment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42(1), 98-105.

SIMPOSIO 5. U.S. GUIDELINES AND UPDATES ON SELECT PSYCHIATRIC DISORDERS

Chairperson:
Scott Palyo, M.D.

First presentation:

Introduction

Scott Palyo, M.D.
Clinical Assistant Professor of Psychiatry and Behavioral Sciences
New York Medical College
Clinical Instructor of Psychiatry
Langone NYU School of Medicine
New York, NY

Given the increase in prevalence in certain psychiatric diagnoses, it is important to highlight a set of guidelines for treatment and the benefits and obstacles of implanting these into clinical practice. Certain psychiatric illnesses such as Attention Deficit-Hyperactive Disorder (ADHD), Gender Dysphoria, and Substance Abuse experience great media publicity, which further stigmatizes children and adolescents with these disorders. With the increase in diagnoses, there are more numerous studies, more social media discussion, and more hurdles to implementing the best practice treatments with adolescents with these psychiatric symptoms. ADHD is a debilitating neurobehavioral disorder affecting children and adolescents. Symptoms impact children and their families beyond the classroom yet many discussions focus primarily on treatment with medication alone or as a last resort after other interventions are exhausted. Dr. Oatis will discuss his extensive work on ADHD and best practices of implementing appropriate interventions with adolescents as well as the family role. Adolescent substance abuse presents clinicians with ongoing challenges regarding timely diagnosis and effective treatments. Dr. Ivanov will review and discuss risk

factors for adolescent substance abuse, early warning signs and the clinical aspects of recreational drug use, misuse of prescription medications and clinical guidelines for screening and treatment of adolescents with problem drug use. The management of gender dysphoria has evolved to include diagnosis and treatment of children and adolescents with discussions regarding social transitioning, pubertal suspension, and hormonal interventions. There are issues with integration of children into schools as well as extracurricular activities and even in medical clinics. This presentation by Dr. Pleak will review U.S. and international guidelines for treating youth with gender dysphoria published between 2012-2015. The discussion following the presentations, chaired by Dr. Palyo, will aim to highlight the selected psychiatric diagnosis, the guidelines and updates on implementing these recommendations into a clinical setting.

References:

1. Humphreys KL, Eng T, Lee SS. Stimulant medication and substance use outcomes: a meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2013 Jul;70(7):740-9.

Second presentation:

“Adolescent Substance Abuse Disorders Assessments and Practice Treatments”

Iliyan Ivanov, M.D.

Associate Professor of Psychiatry

Icahn School of Medicine at Mt. Sinai

New York, NY USA

Adolescent substance use disorders (SUD) are strongly associated with the leading causes of adolescent morbidity and mortality (e.g., accidents, suicide) and as such represent a major public health problem. The identification of warning signs and early symptoms of problems drug use leading to adolescent SUD is of great importance for the development of prophylactic

treatments and reducing the public burden of adolescent SUD. It is known that youth with disruptive behavior disorders, including attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD), oppositional defiant disorder (ODD) and conduct disorder (CD) have been shown to be at elevated clinical risk for adolescent SUD

SIMPOSIO 6. EXPOSICIÓN PRENATAL A DROGAS Y SUS EFECTOS EN EL NEURODESARROLLO

Presidenta:

Marcela Mezzatesta Gava, MD.

Psiquiatra Adjunta, Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil L'Hospitalet de Llobregat. Fundació Orienta. Barcelona, Cataluña, España. Psiquiatra Adjunta Area de drogodependencias y violencia de género, Fundació Salut i Comunitat, Barcelona, Cataluña, España.

Primera ponencia:

“Interacción entre factores constitucionales y factores ambientales en trastornos del neurodesarrollo en niños expuestos a sustancias de abuso durante el período prenatal”

Dra. Nieves Martínez Luna

Psiquiatra Adjunta del Centro de Atención a las drogodependencias del Hospital Universitario Vall D'Hebrón, Barcelona, Cataluña, España.

Aunque existen dudas sobre la epidemiología y los patrones de consumo de drogas en embarazadas pueden estar cambiando por lo que la investigación en este campo resulta relevante (Kreshak et al, 2016) y es conocido que el consumo de drogas por parte de la mujer embarazada, se asocia a bajo peso, parto pre-término y otras alteraciones. El consumo de drogas por parte de las mujeres embarazadas puede generar alteraciones en

el desarrollo de los sistemas de neurotransmisión fetal, lo que puede alterar el neurodesarrollo y por lo tanto producir alteraciones cognitivas, trastornos mentales o incrementar la vulnerabilidad para presentarlo si en el futuro la persona expuesta durante el período pre-natal consume drogas.

En la actualidad, existen modelos animales en los que la exposición intrauterina a alcohol, tabaco u otras drogas

se asocia posteriormente con alteraciones conductuales (Milotova et al, 2015; Koninenberg et al, 2015). Sin embargo, existen pocas evidencias en humanos. Ello es debido a las dificultades tanto clínicas como metodológicas para estudiar esta población (Koninenberg et al, 2015), la detección adecuada y la cuantificación del consumo de drogas, los periodos de abstinencia, etc. Por otra parte es difícil contemplar la vulnerabilidad genética aportada por los padres y la influencia de los factores externos.

Por todo ello, a pesar de la falta de evidencias definitivas en humanos se debe alertar a los clínicos de la importancia del consumo de drogas en embarazadas, para minimizar los riesgos del desarrollo de alteraciones mentales.

Segunda ponencia:

“Exposición prenatal al alcohol y sus consecuencias en el neurodesarrollo: patología psiquiátrica asociada”

Nuria Gomez-Barros, MD.

Psiquiatra del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Vall D'Hebrón. Responsable del Programa de Síndrome Alcohólico Fetal. Barcelona, Cataluña, España.

El consumo de alcohol durante el embarazo puede tener efectos perjudiciales en el desarrollo del sistema nervioso central del feto y constituye un importante factor en la génesis de un amplio espectro de enfermedades neuropsiquiátricas.

Todo el espectro de afectación se denomina FASD (Fetal alcohol spectrum disorder), siendo la forma más grave la que se conoce como Síndrome Alcohólico Fetal (SAF). Existe un infradiagnóstico de estos sujetos afectados por la exposición prenatal al alcohol, máxime cuando el 50-80% de los niños afectados por los FASD presentan solamente alteraciones cognitivas o conductuales debidas a alteraciones del desarrollo cerebral y no presentan anomalías faciales características o afectación del peso o talla por lo que pasan más desapercibidos. EL FASD tiene un gran impacto social y funcional tanto en el sujeto como en las familias y

Referencias:

1. Kreshak A, Villano J, Clark A, Deak P, Clark R, Miller C. A descriptive regional study of drug and alcohol use in pregnant women using results from urine drug testing by liquid chromatography-tandem mass spectrometry. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2016;25:1-9.
2. Konijnenberg C. Methodological Issues in Assessing the Impact of Prenatal Drug Exposure. *Subst Abuse*. 2015, 8;9(Suppl 2):39-44. doi: 10.4137/SART.S23544.
3. Milotová M, Riljak V, Langmeier M, Maresová D, Jandová K, Pokorný J, Trojan S. Effect of the perinatal alcohol abuse on the development of neuronal population in the hippocampus. *Prague Med Rep*. 2005;106(1):71-4.

requieren habitualmente de la asistencia de múltiples servicios sanitarios, sociales, comunitarios y educativos, de ahí que sea de gran importancia su detección.

Con esta ponencia se incrementará el conocimiento general del FASD con las características clínicas y los trastornos psiquiátricos más frecuentes asociados aportando novedades a las características neuropsicológicas y psiquiátricas conocidas hasta el momento

Referencias:

1. Lauren R. Doyle, Sarah N. Mattson. Neurobehavioral Disorder Associated with Prenatal Alcohol Exposure (ND-PAE): Review of Evidence and Guidelines for Assessment. *Curr Dev Disord Rep* 2015 2015 Sep;2(3):175-186.

Tercera ponencia:

“Exposición prenatal a cannabis y efectos en el neurodesarrollo infantil”

Marcela Mezzatesta Gava, MD.

Psiquiatra Adjunta, Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil L'Hospitalet de Llobregat. Fundació Orienta. Barcelona, Cataluña, España. Psiquiatra Adjunta Área de drogodependencias y violencia de género, Fundació Salut i Comunitat, Barcelona, Cataluña, España.

La exposición prenatal a cannabis es frecuente, pero poco estudiada, así como los efectos de esta exposición en el neurodesarrollo resultan un área de desconocimiento para la mayoría de los/as profesionales de atención primaria y de la salud mental. Por otro lado, los estudios relacionados con esta temática, presentan múltiples limitaciones metodológicas. Los estudios realizados hasta la fecha, intentan describir la prevalencia de consumo de cannabis en embarazadas, la disponibilidad percibida, la percepción de riesgo, y la relación entre esta exposición con alteraciones en el desarrollo y problemas de salud mental en la edad infanto-juvenil.

En esta ponencia, se brindarán los resultados de una revisión sistemática completa y actualizada, que incluye estudios centrados en la prevalencia de la exposición prenatal a cannabis, en métodos de detección del consumo

en gestantes, en la relación entre exposición a cannabis y secuelas en el desarrollo y/o psicopatológicas, así como estudios moleculares y aquellos realizados en animales de experimentación, con los objetivos de incrementar no sólo el conocimiento científico al respecto de los asistentes, sino también, visibilizando la importancia del desarrollo de estrategias de prevención en ésta área.

Referencias:

1. Kruithof CJ, Kooijman MN, van Duijn CM, Franco OH, de Jongste JC, Klaver CC, Mackenbach JP, Moll HA, Raat H, Rings EH, Rivadeneira F, Steegers EA, Tiemeier H, Uitterlinden AG, Verhulst FC, Wolvius EB, Hofman A, Jaddoe VW. The Generation R Study: Biobank update 2015. *Eur J Epidemiol.* 2014 Dec;29(12):911-27.

SIMPOSIO 7. MANAGING ADVERSE EFFECTS OF PSYCHOTROPIC MEDICATION IN CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY

Chairperson:

John T. Walkup, MD

*Weill Cornell Medicine/NewYork-Presbyterian Hospital
New York, New York, USA*

First presentation:

“Managing Adverse Effects of Antipsychotic Medications”

Breck Borcharding, MD

*Weill Cornell Medicine/NewYork-Presbyterian Hospital
New York, New York, USA*

Second generation antipsychotics have proven to be effective for several conditions in children, and are increasingly used for management of psychosis, mood disorders, Tourette syndrome, and a small but emerging evidence base for behavioral disturbances in conduct disorder and autism. There has been concern regarding overuse given the broad nature of their effectiveness. Moreover, these medications are most often used in concert with other psychotropic medications with limited understanding of the combined efficacy or safety and the necessary duration of use of these agents is also not well studied. Antipsychotic adverse effects may include metabolic difficulties with weight gain, glucose utilization, and lipid status that may have long-term health effects. In addition, endocrine abnormalities such as hyperprolactinemia may occur. Young patients may

develop extrapyramidal symptoms and dyskinesias. Finally, some antipsychotics may adversely effect cardiac conduction parameters. This presentation will focus on prevention, control, and management of antipsychotic adverse effects. Strategies for evidence-based decision-making regarding the initiation of treatment with these agents will be reviewed, along with consideration of the specific agent to match patient clinical need and side effect concern. Monitoring for the emergence of side effects through laboratory work and patient examination is essential, but has been demonstrated to be poorly managed in many practice settings. When untoward effects occur, behavioral and pharmacologic strategies are proposed to reduce or reverse side effects when continuation of medication is necessary.

Second presentation:

“Managing Adverse Effects of Antidepressant Medications”

Alma Spaniard MD

Weill Cornell Medicine/New York-Presbyterian, New York, USA

The Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) are the medication treatment of choice for pediatric anxiety and depressive disorders. SSRIs have a favorable side-effect profile, however problems can arise during treatment that may cause concern for the prescriber, the parents and the child thus reducing the appropriate use of evidence-based interventions. For children and adolescents to have the best experience possible, persistent or troubling adverse events have to be minimal or nonexistent. The benefits of SSRIs to treat psychiatric problems in youth outweigh the risks, but nevertheless the physician needs to be thoughtful and proactive in identifying and managing possible complications. This presentation provides evidence-based decision-making regarding complications of SSRI treatment and incorporates typical case histories of possible adverse events. There is a focus on the broader concept of complications of treatment rather than medication side effects. Participants will be able to use the information acquired in this presentation to recognize and effectively

manage complications of treatment with SSRIs including activation, bipolar switching, celebration (seen in children successfully treated with SSRIs), dimensional issues (uncovering of comorbid disorders), evolving psychopathology, frontal lobe-type symptoms (SSRI induced apathy or amotivational syndrome), hematologic abnormalities, inhibited growth, or emergence of sexual dysfunction. The apparent association of antidepressants with changes in suicidal ideation in youth will also be discussed as this may be a barrier for prescribers, patients and their caretakers.

References:

1. Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, Barbe RP, Birmaher B, Pincus HA, et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of the American Medical Association* 2007; 297(15):1683–1696

Third presentation:

“Managing Adverse Effects of Stimulant Medications”

Susan Friedland, MD

NYU Child Study Center | Dept. of Child and Adolescent Psychiatry

NYU Langone Medical Center

There is substantial public concern about the safety and efficacy of the stimulants in the treatment of children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, and some clinicians are reluctant to prescribe or use ineffective doses based on media coverage of scientific studies. For example, a recent meta-analysis that received substantial press coverage suggested that stimulant medications are not as effective as commonly thought and are likely associated with adverse effects. The results of this meta-analysis are in stark contrast to large well-conducted, high quality clinical trials such as the Multimodal Treatment of ADHD study that suggests not only are stimulants effective, but that that side effect profile is well-known and can be readily managed. This presentation will review recent safety and efficacy data on the stimulants, with a focus on adverse effects, including cardiovascular effects, appetite, growth, sleep, anxiety, tics and risk of dependency. The presentation will review

the evidence supporting or refuting these safety concerns, and how to prepare patients and families for a stimulant trial, and how best to manage adverse effects. At the end of this presentation, attendees will understand the major controversies surrounding the safety of stimulant medications, which of these concerns are supported by data, general approaches to patient education, and the strategies to best prevent or reduce the risk of adverse effects and enhance outcome.

References:

1. Storebø Ole Jakob, Krogh Helle B, Ramstad Erica, Moreira-Maia Carlos R, Holmskov Mathilde, SkoogMaria et al. Methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: Cochrane systematic review with meta-analyses and trial sequential analyses of randomized clinical trials *BMJ* 2015; 351:h5203
-

SIMPOSIO 8. ADHD AND ANXIETY DISORDERS: COMMUNALITIES AND FRONTIERS ALONG DEVELOPMENT

Chairperson:

John Fayyad, M.D.

First presentation:

“Disentangling ADHD and Anxiety disorder: overlaps and frontiers in population and clinical samples”

Luis A Rohde. Full Professor, Department of Psychiatry Federal University of Rio Grande do Sul

Director ADHD Program. Hospital de Clínicas de Porto Alegre +55 51 33598094

Individuals suffering from Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) have frequently other concurrent mental disorders (70-80% of the cases). Among these comorbid disorders, Anxiety disorders

(AD) are one of the most frequent. There are some doubts about differences in basic brain mechanisms affecting children with ADHD and AD and if the co-occurrence of the two disorders determines worse response to

methylphenidate. Trying to answer these questions, we assessed school-age children belonging to the ADHD Outpatient Program at a University Hospital in Brazil (clinical sample, $n = 544$) and the High Risk Cohort Study (non-referred sample, $n = 2512$) also in Brazil. Mental Disorders according to DSM-IV criteria were determined by diagnostic procedures including clinical interviews using standard instruments in both the clinical and the non-referred sample. Two brain mechanisms were assessed in the non-referred sample (threat bias in attention orienting and basic information processing) using standard neuropsychological tests. As expected, children with ADHD from both the clinical and the non-referred sample presented high rates of co-occurring assessed AD (Generalized Anxiety Disorder, Social Anxiety Disorder and Separation Anxiety Disorder). Different brain mechanisms are associated with ADHD (deficits in basic information processing not observed in children with AD) and AD (differential response to threat not observed in a group including subjects with

ADHD). Response to methylphenidate was similar in children with ADHD independently of the co-occurrence of AD. Our findings suggest that the comorbidity between ADHD and main Anxiety Disorders is highly prevalent both in referred and non-referred samples, some neuropsychological underpinnings seems to be more related to each of the two nosological categories and the comorbidity between ADHD-I and Anxiety Disorders did not determine differential response to methylphenidate.

References:

1. Salum GA, Sergeant J, Sonuga-Barke E, Vandekerckhove J, Gadelha A, Pan PM, Moriyama TS, Graeff-Martins AS, de Alvarenga PG, do Rosário MC, Manfro GG, Polanczyk G, Rohde LA. Specificity of basic information processing and inhibitory control in attention deficit hyperactivity disorder. *Psychol Med.* 2014 Feb;44(3):617-31.

Second presentation:

“The longitudinal associations between ADHD with anxiety and depressive disorders in young adulthood”

Louise Arseneault, King's College London, United Kingdom

Childhood ADHD has been associated with a wide range of negative outcomes in adulthood, including anxiety and depressive disorders. However, the literature so far is inconclusive with studies reporting little evidence for an increased risk for anxiety in adolescence among children with ADHD, and others showing a significant elevated risk for major depression in young adulthood for children with ADHD. We will test whether childhood ADHD leads to anxiety and depressive disorders in later life, and whether this risk is explained by their persisting symptoms of ADHD into young adulthood. We will further explore whether childhood anxiety is associated with later ADHD. The study sample is the Environmental Risk (E-Risk) Longitudinal Twin Study, a nationally-representative birth cohort of 2,232 twins born in England and Wales in 1994-1995. ADHD diagnoses were assessed in childhood at ages 5, 7, 10, and 12, and in young adulthood at age 18. We assessed anxiety and

depressive disorders at ages 12 and 18. Findings indicate that compared to children who did not have ADHD, those with ADHD had a greater risk for having anxiety in young adulthood, but only if they had persistent ADHD symptoms at age 18. Having a co-twin with childhood ADHD did not confer an increased risk for age-18 anxiety among children without ADHD. Conversely, children with anxiety disorders had a marginally increased risk for having ADHD at age 18 whether or not they had ADHD in childhood: 10.2% of individuals with late-onset ADHD had anxiety disorders compared to 13.0% of individuals with persistent ADHD. The pattern of findings was the same when looking at depressive disorder in young adulthood. Childhood ADHD appears to have no long-term impact on the risk for developing anxiety and depression unless ADHD symptoms persist unto adulthood.

References:

1. Agnew-Blais J, Polanczyk GV, Danese A, Wertz J, Moffitt TE, Arseneault L. Persistence, remission and emergence of ADHD in young adulthood: Results from a longitudinal, prospective population-based cohort. *JAMA Psychiatry*, In press.
2. Fischer M, Barkley, RA, Smallish L, Fletcher K. (2002). Young adult follow-up of hyperactive

children: Self-reported psychiatric disorders, comorbidity, and the role of childhood conduct problems and teen CD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 463-475.

3. Bagwell CL, Molina BSG, Kashdan TB, Pelham WE, Hoza B. (2006). Anxiety and mood disorders in adolescents with childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 14, 178-187.

Third presentation:

“ADHD and Anxiety: New Findings from the World Mental Health Surveys”

John Fayyad, on Behalf of the World Mental Health Surveys Consortium

Chairman, Dept. of Psychiatry and Clinical Psychology,

St. George Hospital University Medical Center

Faculty of Medicine, Balamand University

Institute for Development, Research, Advocacy and Applied Care (IDRAAC), Beirut, Lebanon

While Anxiety Disorders occur in high frequency among individuals with ADHD, the temporal onset of these two types of conditions may vary, with some Anxiety Disorders such as phobias occurring before ADHD whereas others such as GAD and PTSD occur subsequent to the onset of ADHD. Little is known about the course and impact of this comorbidity across the lifespan in the general population and across various cultures. The WHO World Mental Health Surveys are a series of coordinated nationally or regionally representative surveys all using the same interview methods and instruments in more than 35 countries. The WHO- Composite International Diagnostic Interview (CIDI), a structured interview, was administered to more than 60,000 adults over 6 continents and was used to assess a range of DSM IV Disorders. New cross-national data will be presented on the prevalence and comorbidity of ADHD and all Anxiety Disorders in the general population, including predictors of onset and persistence. The temporal onset of anxiety vs ADHD will be clarified. Treatment seeking patterns for individuals with comorbidity will be outlined in comparison to those with each type of disorder alone. The impact of this comorbidity across various life stages will be investigated highlighting impact on education, employment, role impairment and other mental health

outcomes. The patterns of comorbidity of ADHD with various Anxiety Disorders will have implications for better understanding of etiology, nosology and treatment of individuals with both types of conditions.

References:

1. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, De Girolamo G, Haro JM, Karam EG, Lara C, Lépine JP, Ormel J, Posada-Villa J, Zaslavsky AM, Jin R. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*. 2007 May;190:402-9.
2. Kessler RC, Ormel J, Petukhova M, McLaughlin KA, Green JG, Russo LJ, Stein DJ, Zaslavsky AM, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Andrade L, Benjet C, de Girolamo G, de Graaf R, Demyttenaere K, Fayyad J, Haro JM, Hu CY, Karam A, Lee S, Lepine JP, Matchsinger H, Mihaescu-Pintia C, Posada-Villa J, Sagar R, Ustün TB. Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Jan;68(1):90-100. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.180.

SIMPOSIO 9. PSIQUIATRÍA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN ESPAÑA: DE LA FORMACIÓN ACTUAL A LA ESPECIALIDAD FUTURA

Primera ponencia:

Dr. Celso Arango

Psiquiatra. Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría de Niños y Adolescentes, Jefe del Servicio de Psiquiatría del niño y adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid), Director Científico del CIBERSAM.

La Psiquiatría del Niño y el Adolescente es un campo de conocimiento con una trayectoria menos consolidada que la que tiene en otros países de nuestro entorno debido, en parte, a que no ha tenido una autonomía propia, al encontrarse englobado en el contexto de la Psiquiatría general. La reciente creación de la especialidad de Psiquiatría del niño y del adolescente puede ser motor de cambio para invertir esta carencia y servir para mejorar la atención que reciben los menores con trastornos mentales en nuestro país.

El libro blanco de la psiquiatría del niño y del adolescente, publicado en el año 2014, evaluó de forma detallada la situación de atención la salud mental en menores, sí como la formación e investigación en este campo. Se identificó la organización asistencial y se cuantificaron los recursos disponibles en cada una de las Comunidades Autónomas, tanto a nivel de recursos humanos como de recursos materiales. Se realizó también un análisis de la situación actual de la formación específica ofrecida en el campo de la psiquiatría del niño y el adolescente a todos los niveles.. Por último se analizó la situación de la investigación desarrollada a nivel estatal en este campo de conocimiento, así como el grado de desarrollo particular en cada una de las

Comunidades Autónomas.

En términos globales los datos son bastante descorazonadores cuando se comparan con otros países de nuestro entorno. El grado de desarrollo desigual de las Comunidades Autónomas pone de manifiesto las diferencias existentes en cada uno de los ámbitos analizados (asistencial, docente y de investigación).

El libro blanco realiza una serie de recomendaciones en base al estudio del estado actual y en función del cambio que puede suponer el desarrollo de la especialidad que serán revisados en esta conferencia. Se revisará también la formación futura de la especialidad de psiquiatría del niño y del adolescente dentro del Real Decreto de Troncalidad.

Referencias:

1. Libro blanco de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Celso Arango (coordinador). Fundación Alicia Koplowitz, Madrid, España, 2014.
2. Castro-Fornieles J. Child and adolescent psychiatry: the need for training and development. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2013 Apr-Jun;6(2):57-9.

Segunda ponencia:

“Trayectoria A de Psiquiatría del Niño y del Adolescente en el programa actual y futuro programa de la especialidad”

Dra. Arantza Fernández Rivas.

Psiquiatra. Vocal de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría de Niños y Adolescentes en representación de AEPNYA. Jefe de Sección de Psiquiatría infanto-juvenil Hospital Universitario Basurto (Bilbao), Tutora MIR Psiquiatría.

En el año 2008 se publicó en el BOE el programa oficial de la especialidad de Psiquiatría, el cual sigue actualmente en vigor. En él se detalla la formación que se requiere para obtener la titulación de Médico especialista en Psiquiatría, incluida la formación en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Dicha formación se establece en dos apartados: una formación básica obligatoria para todo MIR de Psiquiatría y otra encaminada a la capacitación especializada en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia mediante la dedicación de 12 meses de formación (último año de MIR) en la que se denomina Trayectoria A de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. En esta presentación se abordará el estado actual de la formación

MIR en Psiquiatría de Niños y Adolescentes tal y como se recoge en el programa MIR Psiquiatría en vigor, a la vez que se apuntará hacia el progreso en la formación que aportará la nueva especialidad de Psiquiatría de Niños y adolescentes.

Referencias:

1. ORDEN SCO/2616/2008, del 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psiquiatría. Programa oficial de la especialidad de Psiquiatría. BOE num. 224, del 16 de septiembre del 2008.

Tercera ponencia:

“¿Cómo se puede completar la formación en Psiquiatría del Niño y del Adolescente actualmente en España?”

Marina Fàbrega.

Psiquiatra. Becaria de la Fundación Alicia Koplowitz 2015-2017. Imperial College London (Londres, Reino Unido).

La especialidad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (PNA) ha sido ya aprobada y reconocida oficialmente por un decreto ley en el B.O.E. Para los futuros residentes supondrá un cambio sustancial a nivel de calidad formativa, asistencial y de investigación, llegando a igualarse al observado en los países del entorno.

Sin embargo, en la actualidad para formarse en PNA en España, es requisito indispensable realizar la formación de cuatro años como Médico Interno Residente (MIR) en Psiquiatría General; que incluye 4 meses de formación obligatoria en PNA. Los residentes actuales permanecen la mayor parte de su formación en psiquiatría de adultos, con profesionales de este campo, que habitualmente desconocen el funcionamiento específico de la PNA y sus posibilidades formativas. En este sentido, el interés personal, el centro MIR y los compañeros serán los mayores determinantes del desarrollo profesional en este ámbito. Esta falta de estandarización actual puede conllevar una praxis muy heterogénea.

Así, se pone de relevancia la necesidad de establecer unas directrices adecuadas y una guía orientativa que cubran los conocimientos y habilidades clínicas que requiere un profesional de la PNA. Es fundamental que

los residentes que comienzan tengan información para optimizar su formación a través de los recursos de los que ahora disponemos (cursos, congresos, rotaciones externas). Existe una inquietud al respecto por parte del colectivo de residentes como se pone de manifiesto con la reciente creación de la Sociedad Española de Residentes de Psiquiatría que tendrá una vocalía de PNA.

A lo largo de la ponencia, se pretende facilitar a los residentes, información y propuestas de formación en el área de infantil. Así mismo, compartir la experiencia personal de psiquiatras interesados en el área de infantil en su paso por la Formación Sanitaria Especializada.

Referencias:

1. Castro-Fornieles J. Psiquiatría del Niño y del Adolescente: necesidad de formación y desarrollo. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2013;6(2):57-59
2. Fàbrega M, Pérez A, Ilzarbe D, Nuño L, Mansilla S, Barbosa L, Bioque M. (2014). Visión de un residente español de la psiquiatría del siglo XXI. Psiquiatr Biol. 2014:21-25-7

Cuarta ponencia:

“¿Qué cuestiones preocupan a los jóvenes psiquiatras de cara a ser acreditados como psiquiatras de Niños y Adolescentes?”

Daniel Ilzarbe.

Psiquiatra. Becario de la Fundación Alicia Koplowitz 2015-2017. King's College London (Londres, Reino Unido).

Desde el 25 de julio de 2014 existe un Real Decreto que contempla la creación de la nueva especialidad médica de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (PNA), hasta el momento ausente en España. Se ha creado la Comisión Nacional de la Especialidad de PNA para llevar a cabo: 1) la acreditación de aquellos psiquiatras con amplia experiencia profesional en el área de infanto-juvenil y 2) el programa de formación de los futuros residentes a través de la troncalidad de la formación sanitaria. Entre aquellos psiquiatras generales que serán acreditados en la especialidad de infantil y la primera generación de PNA de la Formación Sanitaria Especializada (FSE), quedará la generación “sándwich”. Esta generación de psiquiatras interesados en la infancia y la adolescencia con escasa experiencia, luchando por ampliar su formación en el área y encontrar un lugar de trabajo específico, podría quedar desacreditada por el desfase que conlleva la natural puesta en marcha del proyecto. Nos referimos, principalmente, a los residentes de psiquiatría actuales, quienes lidian con la incertidumbre que este tema genera.

Por otro lado, se añade una situación económico-laboral poco favorable al finalizar la FSE, tanto nacional como internacional. Actualmente la ausencia de título

en PNA acreditado en España, conlleva una limitación en el acceso a puestos clínicos en el extranjero, en países donde existe una formación reglada. De hecho, algunos jóvenes psiquiatras emigran para certificarse como especialistas en PNA realizando la residencia por segunda vez. La investigación, con las particularidades éticas que requiere el trabajo con menores, también ofrece una salida a través de programas de doctorado y becas nacionales, internacionales, públicas y/o privadas.

Es necesario definir unos criterios claros de acreditación del título de especialista en PNA para facilitar la orientación profesional y de formación a aquellos psiquiatras interesados en PNA que viven este momento de transición.

Referencias:

1. Castro-Fornieles J. Psiquiatría del Niño y del Adolescente: necesidad de formación y desarrollo. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2013;6(2):57-59
2. Miller DA. (1981). The ‘sandwich’ generation: adult children of the aging *Social Work* 26 (5): 419-423.

SIMPOSIO 10. THE TEACHING OF BULLYING AND RELATED MORBIDITY IN GRADUATE MEDICAL EDUCATION

Chairperson:

Prof. Dr. Jorge Srabstein, MD

Medical Director, Clinic for Health problems Related to Bullying

Department of Psychiatry, Children's National Medical Center

Washington, DC, USA

First presentation:

“Prototype of a curriculum to teach psychiatrists about bullying and related morbidity”

Jorge C. Srabstein, M

There is an evolving understanding that bullying is a multifaceted form of maltreatment, globally prevalent across social settings, associated with other forms of maltreatment and significantly linked to a wide array of physical and health problems. It is incumbent for child and adolescent psychiatrists, to be at the forefront of public health efforts to prevent, detect and treat the significant morbidity associated with this form of victimization. To fulfill this objective there is an emergent international nonprofit project known as the Global Health Initiative for the Prevention of Bullying (GHIPB). Its main initial goal is to reach out to medical educators, around the world, to foster the inclusion in medical curriculums, of knowledge about the nature, ecology, epidemiology, detection and prevention of morbidity related to bullying and other forms of maltreatment. This presentation will discuss a prototype of a curriculum to teach about bullying and the spectrum of maltreatment in child and adolescent psychiatry training programs. The proposed syllabus will be comprised by a two years longitudinal required clinical/advocacy and optional research learning

experience, focused on patients, their families and communities. As result, this recommended curriculum will provide an understanding about the multifaceted notion of bullying, including its research based description; clinical concept; characterization according to social milieu and its meaning within a cultural and developmental framework. Furthermore, it will review the ubiquitous aspects of bullying, as part of a spectrum of maltreatment, linked to other forms of victimization and prevalent, around the world, across social settings. Above all it will raise awareness about the mortality and wide range of symptoms and psychosocial risks linked to this form of maltreatment, and offer training in how to prevent, detect and treat this morbidity, in different clinical settings.

References:

1. Global Health Initiative for the Prevention of Bullying (GHIPB) www.ghipb.org last accessed, January 30, 2016

Second presentation:

“Training school mental health professionals in the detection and intervention of bullying related morbidity”

Anat Brunstein Klomek, PhD

School of Psychology, Interdisciplinary Center, Herzliya, Israel

Orna Kerstein

Educational Psychologist, National Coordinator of Violence Prevention

Psychology Service of the Ministry of Education, Israel

he evolving understanding of the critical toxicity of school bullying has prompted national and local government educational agencies to implement strategies for the prevention of bullying, though school-based programs to foster positive school climate and to detect

and stop incidents of this form of maltreatment. In this context, school mental health professionals may be trained to identify students who are exposed to and/or participate in bullying; provide psychological support to the victim and intervention with the perpetrator to

prevent further victimization and recommend a mental health referral in the community, if needed. The growing recognition that bullying is linked to a wide range of symptoms and psychosocial risks, challenges school mental health professionals with the need to recognize the breadth of morbidity affecting young people subjected to and/or causing victimization. Moreover, awareness of this significant public health concern, places school counselors and psychologists, together with pediatricians and child and adolescent psychiatrists in an effort to detect, intervene and treat health problems linked to bullying. This presentation will put forward a model of a program to train school mental health professionals in the prevention, detection and treatment of students involved in bullying and related morbidity. It will include a longitudinal required clinical/advocacy and optional research learning experience, working within a multidisciplinary health approach, culturally sensitive

and focused on students, their families and communities. Participants will be able to use the knowledge acquired in this presentation to develop and implement a program to prepare school mental health professionals in how to prevent and detect bullying and related health problems and facilitate intervention and or treatment. School mental health professionals need to be prepared to participate in a multidisciplinary health approach to the prevention, detection and treatment of health problems related to bullying.

References:

1. AACAP Position Statement on Prevention of Bullying-Related Morbidity and Mortality, 2011 https://www.aacap.org/aacap/policy_statements/2011/Prevention_of_Bullying_Related_Morbidity_and_Mortality.aspx last accessed, October 25, 2015

Third presentation:**“Mentoring psychiatrists in epidemiological research of bullying related morbidity and mortality”***Andre Sourander, MD, PhD**Professor in Child Psychiatry, University of Turku, Finland*

There is a considerable evolving body of published cross sectional and longitudinal research studies documenting a wide range of morbidity and psychosocial health risks affecting young people involved in bullying as victims and/ or perpetrators. Yet, most of these studies are based on surveys of non-clinical populations. In view of the efforts advanced by Global Health Initiative of Bullying (GHIPB), to train child and adolescent psychiatrists in the prevention, detection, intervention and treatment of morbidity linked to bullying, there is a need to advance the inclusion of clinical epidemiological research about bullying related morbidity, in child and adolescent psychiatry training programs. This presentation will review areas of potential interest in the epidemiology of morbidity and mortality related to bullying, to be focus in research projects by child and adolescent psychiatrists trainees. Furthermore, it will discuss didactic strategies to foster and mentor such projects with consideration to cultural and regional aspects of different forms of bullying

and other forms of maltreatment and its prevalence across social settings. Participants will be able to use the information acquired in this presentation to foster interest among child psychiatry trainees, to develop and implement research projects to ascertain the prevalence of morbidity and mortality associated with bullying within clinical based populations. Epidemiological research projects about the morbidity and mortality associated with bullying should be fostered, with the goal of understanding how to advance the prevention, detection and treatment of bullying related health problems, as an integral component in the graduate medical education of a child and adolescent psychiatrist.

References:

1. Sraibstein JC, Leventhal BL. Medical recognition of bullying and its related morbidity. *Lancet Psychiatry*. 2015 Oct; 2(10): 858-9.

SIMPOSIO 11. ENTORNOS TERAPÉUTICO/EDUCATIVOS INTEGRADOS PARA ADOLESCENTES CON PSICOPATOLOGÍA SEVERA EN ESPAÑA Y ESTADOS UNIDOS

Presidente:

Gabriel Kaplan, MD

Clinical Associate Professor of Psychiatry, Rutgers NJ Medical School, Newark, NJ, USA.

Medical Director Behavioral Health, Bergen Regional Medical Center, Paramus, NJ, USA

Primera ponencia:

“El Alumnado con Patología Psiquiátrica en España”

Dr. Fernando Lezcano

Profesor, Universidad de Burgos. Burgos, España.

A pesar de que los derechos de las personas con enfermedad mental se reescriben y actualizan cada poco tiempo, la realidad del colectivo avanza a una velocidad de crucero inferior a la deseada. Al hablar de educación, estos alumnos navegan entre diferentes corrientes. Unos modelos exponen la necesidad de que las aulas asuman un rol de liderazgo, como recogen las “escuelas promotoras de salud. Otros responden a través de modelos intermedios: con apoyos en los espacios sanitarios (aulas psiquiátricas hospitalarias, hospitales de día) o a través de la respuesta en el hogar (atención educativa domiciliaria). En algunos casos, se promueve recursos de respuesta educativa y sanitaria en un espacio comunitario, como sucede con los Centros Educativos Terapéuticos. En cualquiera de los casos indicados, los recursos para estos jóvenes son escasos y poco diseminados.

Las insuficientes estadísticas que encontramos sobre el alumnado con enfermedad mental (AEM), en algunas comunidades inexistentes, no nos permiten visualizar una parte de la realidad, la más cruel: el alto número de alumnos que no reciben ningún tipo de atención educativa

especializada. Algunos docentes mantienen la postura que este problema sigue siendo exclusivamente sanitario, desoyendo todas las cartas internacionales, derechos y legislación reconocida. La histórica permanencia en recursos hospitalarios y el estigma, entre otros factores, hacen que el rechazo de este colectivo en el contexto educativo se siga manteniendo.

Si miramos hacia atrás, es cierto que la situación ha mejorado en algunos aspectos: se reconoce al colectivo como parte de la comunidad educativa, se comienzan a desarrollar recursos especializados... Pero si hacemos un análisis comparado con la atención a otros colectivos con discapacidad, aún estamos muy lejos de que el barco llegue a buen puerto. Al finalizar los asistentes podrán identificar la realidad educativa del AEM en España y la escasez de recursos.

Referencias:

1. Guimón, J. La discriminación de los pacientes mentales. Un reto para los derechos humanos. Cuadernos Deusto de Derechos Humanos. Bilbao: Universidad de Deusto. 2004

Segunda ponencia:

“Tratamiento Ambulatorio y Residencial en España para Padres e Hijos en Conflicto”.

Dr. José Luis Sancho Acero

Director Clínico del Programa recURRA-GINSO, Madrid, España.

Calvete y colaboradores (2014) indican que la violencia perpetrada por hijos hacia sus padres está muy poco estudiada en comparación con otros tipos de violencia familiar como el abuso infantil y de pareja. Es posible que la vergüenza y confusión de los padres, junto a su miedo a ser considerados los culpables de dicha violencia por profesionales de la salud, hace que este tema permanezca mayormente oculto y callado. Con respecto al adolescente, los comportamientos más graves tienen serias consecuencias legales que impiden el tipo de desarrollo social/educativo necesario para llegar a una adultez productiva. Los escasos datos publicados sugieren que el problema es frecuente, pudiendo alcanzar hasta el 20% de adolescentes por lo que es importante estudiar sus características con miras a la prevención y para determinar qué tipo de tratamientos pueden ser efectivos.

Esta presentación informará a la audiencia sobre el abordaje de tratamiento de violencia filio parental en el Programa recURRA-GINSO, con 1100 casos ambulatorios y 408 residenciales por un periodo de estancia de un año como así también sus resultados, entre los que destacan, que el 63% de los jóvenes son varones y la edad media es los 16 años. Un 24% tienen

diagnósticos psicopatológicos, destacando el TDAH; trastornos obsesivos; trastorno límite de la personalidad; pensamientos inusitados y extraños. Un 38% consume alcohol y cannabis. Un 72% presentan absentismo escolar. Un 40% son familias monoparentales y un 28% son adoptivas. El 24% de los padres tienen diagnósticos psicopatológicos. El seguimiento al año del alta terapéutica, confirma un éxito de un 72%.

Al finalizar la presentación, los participantes podrán describir 1- Las características clínicas de adolescentes que cometen violencia filio parental una condición grave pero frecuente y 2- Los tipos de tratamiento efectivos para disminuir dicha patología.

Referencias:

1. Calvete, E.; Gámez-Guadix, M.; Orue, I. (2014). Características familiares asociadas a las agresiones ejercidas por adolescentes contra sus progenitores. *Anales de Psicología* Vol. 30, Nº. 3, págs. 1176-1182
2. Urrea, J.; Sancho, J.L.; Atarés, E.; Buale, A.; Isabel, C. (2015). *Violencia Filio-Parental. Teoría, Evaluación y Tratamiento*. Madrid: Klinik.

Tercera ponencia:

“La Escuela Terapéutica Ambulatoria Estadounidense: Educación Especial y Tratamiento Psiquiátrico Bajo un Mismo Techo”

Gabriel Kaplan, MD

Clinical Associate Professor of Psychiatry, Rutgers NJ Medical School, Newark, NJ, USA.

Medical Director Behavioral Health, Bergen Regional Medical Center, Paramus, NJ, USA

Avances recientes en psicofarmacología y psicoterapia, como así también la disponibilidad de entornos ambulatorios intensivos, permiten que muchos jóvenes que fueron hospitalizados ya no requieran de

confinamientos prolongados y puedan continuar su recuperación por consultorio externo. Por ejemplo, en los EE.UU entre 1988 y 2002, la duración de la estancia hospitalaria se redujo un 75%. Dicha reducción coincidió

con el aumento del uso de psicofármacos, que en esta población se duplico entre 1996 y 2010. De acuerdo a datos del 2005 de Medicaid, el uso de entornos ambulatorios intensivos como hospital de día aumentó y fue aproximadamente el mismo que el intrahospitalario.

Al estabilizarse la condición del joven, el retorno a su situación educativa previa es generalmente suficiente para una evolución favorable brindando cierto apoyo psiquiátrico y educacional. El alumno con enfermedad psiquiátrica tiene garantizada por ley federal una educación apropiada y en el entorno menos restrictivo posible. El 1% del total de estudiantes americanos ha sido clasificado en la categoría “Desequilibrio Emocional”, paso previo necesario para obtener servicios educacionales especiales. Muchos de estos jóvenes, con patología severa, no progresan en escuelas habituales y requieren de un entorno más sofisticado como el de la “Escuela Terapéutica Ambulatoria (Therapeutic Day

School).” Este modelo integral, ampliamente utilizado en EE.UU -pero poco conocido en España- posibilita que los alumnos reciban tratamientos complejos pero en un ambiente natural como el escolar. Aquí, los abordajes terapéuticos están perfectamente enlazados con técnicas de educación especial. Durante esta presentación, se describirán las clases de tratamientos ofrecidos, el funcionamiento diario de una TDS y se analizarán otras ventajas del modelo que tiene como objetivos disminuir la rehospitización, la deserción escolar, y mejorar el resultado post secundario de una de las poblaciones con más alto riesgo.

Referencias:

1. Lezcano Barbero F. Alumnado con enfermedad mental. La asignatura pendiente. Educar 2013, vol. 49/2 245-266

SIMPOSIO 12. INTERNATIONAL CONSIDERATIONS IN THE PSYCHIATRIC TREATMENT OF DEAF AND HARD OF HEARING YOUTH

Chairperson:

Karen A. Goldberg, MD

This symposium will address the current evidence based approaches for psychiatric treatment of deaf and hard of hearing youth, taking into account the unique cultural and linguistic needs of this population to maximize access to care throughout the US and Spain. The symposium will consist of three designated presentations over the course of the allotted time period with presenters from both countries to address the current trends in the psychiatric treatment of deaf youth in both countries.

First presentation:

“Psychiatric care of deaf youth in America: current trends in assessment and treatment”/

Karen A. Goldberg, MD

AACAP, Co-Chair: Deaf/Hard of Hearing Committee. Assistant Professor of Psychiatry

Director, Deaf Mental Health. University of South Florida. Tampa, Florida, USA

Deaf youngsters suffer with many of the same psychiatric illnesses as their hearing counterparts. However, the access to health care services in the United States is complicated due to lack of access and problems with language and cultural barriers. In order to provide optimal services to deaf youngsters, mental health

care providers need to be educated about the common psychiatric presentations as well as evidence based treatment interventions to meet their unique health care needs.

In this presentation, there will be a review of the history deaf culture in the US as well as the distinction between

little “d” versus big “D” in the role of providing treatment in a culturally and linguistically affirmative manner. The United States is now working to implement the National CLAS Standards (Culturally and Linguistically Appropriate Services) to improve health care services among those with health disparities including deaf/hard of hearing individuals. There will be discussion of the National CLAS Standards and how these standards can enhance mental health care for deaf youth.

References:

1. Glickman, N. and Gulati, S. *Mental Health Care of Deaf People: A Culturally Affirmative Approach*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2003.
2. Gournaris, M. J., Hamerdinger, S., & Williams,

R.C. (2013). *Creating a Culturally Affirmative Continuum of Mental Health Services: The Experiences of Three States*. In N. Glickman (Ed.), *Deaf Mental Health Care* (pp.138-180). New York, NY: Routledge.

3. Carrillo-Zuniga, G., Dadig, B., Guion, K., & Rice, V. (2008). Awareness of the National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services at an Academic Health Center. *Health Care Manager: Volume 27* (1): 45-53.
4. Barnett S, McKee M, Smith SR, Pearson TA. Deaf sign language users, health inequities, and public health: opportunity for social justice. *Prev Chronic Dis* 2011;8(2). http://www.cdc.gov/pcd/issues/2011/mar/10_0065.htm.

Segunda ponencia:

“Tratamiento psiquiátrico de niños y adolescentes con sordera en nuestro medio en España”

Nora Olazabal Eizaguirre, MD

Profesora Asociada de Psiquiatría

Universidad del País Vasco.

Centro de Salud Mental y Sordera,

Hospital Universitario Basurto, Bilbao, España

Partimos de los motivos de derivación de pacientes menores sordos a dispositivos de salud mental para describir la etiología y las características idiosincráticas de las alteraciones en esta población.

El principal motivo de derivación a nuestra unidad de salud mental y sordera es el trastorno de conducta, hecho que se corresponde con los centros generales para menores. El correlato conductual de la expresión emocional es mayor en niños con menor capacidad expresiva, hecho que se pone de relieve en pacientes sordos que han desarrollado escasas habilidades comunicativas tanto en lengua de signos como en lengua oral.

En segundo lugar la dificultad para la adquisición del lenguaje es un motivo habitual de demanda de atención. El implante coclear es un medio técnico que abarca actualmente a la práctica totalidad de los menores sordos nacidos en países desarrollados. Las peculiaridades del aprendizaje del lenguaje y la teoría de la mente en individuos implantados es todavía un área de estudio.

Mencionaremos en último lugar los problemas

adaptativos de los niños y adolescentes sordos que viven en una sociedad (la mayoría de ellos también en familias) oyentes. La formación de una identidad estable como sordos, la construcción de metas de futuro congruentes y las vivencias de frustración que deben afrontar suponen dificultades añadidas a los procesos madurativos.

Referencias:

1. Fellingner, J., Holzinger, D., & Pollard, R. (2012). Mental health of deaf people. *The Lancet*, 379(9820), 1037-1044.
2. Munoz-Baell, I., & Ruiz, M. T. (2000). Empowering the Deaf: Let the Deaf be Deaf. *Journal of Epidemiology and Community Health*. Volume 54 (1): 40-44.
3. Pardo-Guijarro, M.J. et al. (2015). Self-reports versus parental perceptions of health-related quality of life among deaf children and adolescents. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. Volume 20 (3): 275-282.

Tercera ponencia:

“Establecimiento de una red internacional como estrategia para promover la atención en salud mental para niños y jóvenes con sordera”

Ana García García, PhD

Psicólogo Clínico USMS

Profesora asociada Facultad de Psicología Universidad Complutense

Unidad de Salud Mental para Personas con Sordera

Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Instituto Provincial de Psiquiatría, Madrid, España

La puesta en marcha de una alianza internacional que apoye la salud mental en niños y jóvenes sordos es una iniciativa imprescindible ante la falta de iniciativa de las autoridades sanitarias y su puesta en marcha debería hacer frente a varios elementos:

En primer lugar las características clínicas diferenciales de ésta población. En segundo lugar las diferencias en la organización de los servicios de salud mental para niños y jóvenes en los diferentes países. En tercer lugar los desafíos a los que se enfrentan los servicios específicos de salud mental para personas sordas a nivel internacional y que son al menos de tres tipos; desafíos estructurales derivados fundamentalmente de los efectos de la crisis económica mundial iniciada en 2008 y que afectan a los recursos sanitarios, sociales y educativos, los desafíos relativos a la escasez de personal formado especialmente en el trabajo con niños y jóvenes con sordera en el ámbito de la salud mental y en tercer lugar los desafíos derivados de las características diferenciales de la comunidad de Personas Sordas.

En la presentación se detallarán las características básicas que deberían presentar los servicios específicos de salud mental ésta población y los recursos adicionales con los que deberían contar los profesionales en aquellos

lugares en los que los servicios específicos no estén disponibles.

El objetivo final de la creación de una alianza internacional en esta área es garantizar el acceso de las niños y jóvenes sordos a servicios sanitarios de calidad en igualdad de condiciones que el resto de ciudadanos tal y como se contempla en el artículo 25 de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad promovida por las Naciones Unidas en el año 2006.

Referencias:

1. The Lancet (editorial), The health of deaf people: communication breakdown. The Lancet, Volume 379, Issue 9820, 977.
2. García, A. Challenges for Mental Health Services for Deaf People in Europe International Journal on Mental Health and Deafness 2013 Volume 3 Issue 1
3. García, A; Muñoz, J. Mental Health Care for Deaf People: an approach based on Human Rights in Mental health services for Deaf People, Estrada and Sleeboom eds. Gallaudet University Press 2015.

SIMPOSIO 13. ESTRATEGIA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN TRASTORNO MENTAL GRAVE(TMG): DE LA PRIMERA INFANCIA A LA ADOLESCENCIA

Presidente:

Begoña Garmendia Aldasoro

Primera ponencia:

“Historia: de los inicios a la actualidad”

Begoña Garmendia Aldasoro

Psiquiatra Infanto-Juvenil. Jefe de Centro.

Equipo de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Donostia.

Red de Salud Mental del Gipuzkoa. Osakidetza.

El programa de asistencia psiquiátrica infantojuvenil de la Red de Salud Mental de Osakidetza en Gipuzkoa se ocupa de la patología psiquiátrica de la población de 0 a 18 años. Dicho programa ha ido evolucionando desde la consulta ambulatoria hasta la puesta en marcha de diferentes estructuras intermedias para tratar de asegurar la continuidad del tratamiento más adecuado en los diferentes momentos del proceso terapéutico, principalmente en los casos de Trastorno Mental Grave. Esta patología presenta necesidades de intervención pluridisciplinar, tanto del paciente como de la familia; con una mayor frecuencia y en las que la coordinación interna del equipo interviniente, así como con los diferentes intervinientes externos: escuela, apoyos sociales, deporte adaptado, etc. aseguran la contención psíquica de la angustia desbordante que caracteriza estos cuadros.

Delimitación de trastornos integrativos del desarrollo a caballo entre pacientes del espectro autista y pacientes con dificultades relacionales caracterizadas por la desorganización, las disfunciones, rigidez y conductas de

aislamiento que agravan el cuadro clínico.

Según los trabajos de la escuela de Ginebra (Manzano y Palacio) estas configuraciones se relacionan con desestructuraciones graves de la personalidad de la infancia diferentes de los TEA. Sus dificultades integrativas exigirían abordajes multidisciplinares que conectan con las terapias basadas en la mentalización descritas por Fonagy y que constituyen el marco referencial del trabajo terapéutico de nuestros programas.

La asistencia de estos cuadros se centra en los síntomas más graves. ¿cómo hacer para dirigir los recursos hacia intervenciones tempranas y estructuras intermedias que disminuyan la necesidad de actuaciones en urgencia para la contención de las crisis?

Referencias:

1. Fonagy, P, Gergely, G, Target, M (2007) The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48:3/4, pp 288–328

Segunda ponencia:

“Presentación de la Unidad de Atención Precoz (UAP) y datos estadísticos desde el inicio de la unidad hasta la actualidad”

Teresa Aparicio Reinoso

Medico psiquiatra Infanto-Juvenil.

Antiguo componente del Equipo de Psiquiatría Infanto-Juvenil de Donostia.

En la actualidad, psiquiatra infanto-juvenil en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Cada día existe más conocimiento y concienciación entre los psiquiatras infantiles sobre la necesidad de detectar las patologías emergentes en la temprana infancia y crear dispositivos adecuados para el seguimiento y tratamiento.

A través de esta ponencia, los asistentes conocerán el funcionamiento y los resultados obtenidos en la Unidad de Atención Precoz desde su inicio como proyecto piloto hasta la actualidad.

Esta unidad surgió ante la ausencia de recursos intermedios en la red de Salud Mental de Guipúzcoa y la creciente necesidad de atender desde muy pronta edad patología mental grave.

La ponencia pretende que el asistente pueda conocer el funcionamiento de esta unidad, que atiende en su mayoría pacientes afectos de Trastornos del Desarrollo desde los 2 años hasta los 8 años, de una forma intensiva

y con abordaje integrador entre todos los profesionales que intervienen en el caso (médicos, psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, psicomotricistas, DUE, trabajadores sociales y equipos relacionados con educación y familias).

Hoy en día, empiezan a ser más prevalentes estos trastornos y cada vez son más necesarias unidades especializadas en Trastorno Mental Grave en la infancia, ya que con un trabajo intensivo se puede modificar la sintomatología de patologías muy invalidantes y con marcada repercusión para el individuo afectado y su entorno.

Referencias:

1. Kernberg P., Weinwe AS., Bardenstein KK. (2201). Trastornos de Personalidad en niños y adolescentes. Manual moderno.

Tercera ponencia:

“Hitos y conceptos clave en la estrategia de atención a la cronicidad en psiquiatría infanto-juvenil. Osakidetza (Gipuzkoa)”

Dr. José Luis Gutiérrez Iradi.

Médico Psiquiatra InfantoJuvenil y de Adultos.

Coordinador de Unidad de Atención Precoz y del Trastorno Mental Grave del Equipo de Psiquiatría InfantoJuvenil de Donostia.

Red de Salud Mental de Gipuzkoa. Osakidetza.

Desde la creación de la U.A.P., de la U.T.E. de Lasarte y del Programa de T.M.G., observamos que las diferentes patologías del desarrollo y de la integración de la infancia y de la adolescencia, con sus características particulares, muestran patrones comunes de dificultades en comportamiento, emociones, relaciones (vinculación-

socialización) y cognitivas que interconectadas finalmente generan trastornos desintegrativos correspondientes a fallas severas de interiorización tanto del autocontrol, como de la identidad y de la regulación de afectos y de mentalización.

Los dispositivos terapéuticos presentados, con sus

abordajes multidisciplinares coordinados, corresponden a un trabajo terapéutico en diferentes ámbitos: individual, grupal, familiar, escolar y social. Este trabajo se realiza con colectivos que presentan, según los momentos de su evolución, conflictualidades y necesidades terapéuticas específicas y variables, pero sin embargo comunes, en cuanto a la inadaptación, a la inflexibilidad y a la rigidez con patrones persistentes en la manera de percibir, relacionarse y pensar en los diferentes ámbitos existenciales.

Nuestra población asistencial está integrada fundamentalmente por Trastornos Mentales Graves, Trastornos Generalizados del Desarrollo en sus formas residuales o mixtas y Trastornos de Personalidad que por sus dificultades sostenidas, persistentes y con alto riesgo

de cronificación, exigen el abordaje temprano e intensivo de sus núcleos psicopatológicos. Las distorsiones en su desarrollo psicoemocional constituyen el núcleo de nuestro trabajo terapéutico.

Nuestra presentación ayudará a delimitar las características tanto de los Servicios como de la población asistida. Ayudará también a profundizar las nociones de integración, de desarrollo psíquico y de trabajo en red.

Referencias:

1. Wiener J.M., Dulcan M.K. Tratado de Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia. Elsevier, Masson (2006). Cap. 42 "Trastornos de la personalidad" Kernberg P.F., Wiener J.M.

Cuarta ponencia:

"Programa-TMG: un modelo de tratamiento intensivo ambulatorio"

Miren Arantza Múgica Eizmendi

Médico Psiquiatra Infanto-Juvenil.

Equipo de Psiquiatría Infanto-Juvenil de Donostia.

Red de Salud Mental de Gipuzkoa. Osakidetza.

Bajo el concepto de Trastorno Mental Grave (TMG) se incluyen aquellas patologías mentales que pueden tener repercusión en la calidad de vida de aquellos niños y adolescentes que las sufren, a la vez que repercuten de forma importante tanto en su vida familiar como escolar y social, produciendo una desadaptación grave. Consideramos, por tanto, necesario identificarlas precozmente y adaptar de forma específica el diagnóstico y tratamiento a sus necesidades mediante un programa de atención que incluya intervenciones múltiples. Los datos epidemiológicos de pacientes atendidos en la Red de Salud Mental de Gipuzkoa, ofrecen una prevalencia de un 8,9 % de pacientes con diagnóstico de TMG. Por tanto, el programa-TMG, que se expondrá en esta presentación, surge de dar una respuesta a esta necesidad.

Los asistentes serán capaces de conocer un programa que surge desde la necesidad de atención continuada en pacientes graves en el sistema público de salud. Un modelo de trabajo grupal a tres niveles: pacientes (psicoterapia

grupal de orientación psicodinámica), equipo de trabajo (coterapia y discusión de tratamiento de los casos en equipo) y coordinación (escuela, servicios sociales, etc). Durante cuatro años de trabajo se han constituido nueve grupos de psicoterapia de pacientes y nueve grupos de padres, disponiendo de una muestra de 75 pacientes atendidos. Estos datos serán expuestos y compartidos para permitir una reflexión a cerca de los modos de trabajo en equipo, de la adaptación de los mismos a las necesidades que surgen en el sistema público de salud y especialmente, de tratar de ofrecer una continuidad de cuidado dentro del tratamiento longitudinal e integrativo de estas patologías.

Referencias:

1. Alternativas a la hospitalización psiquiátrica de corta estancia. Programas de seguimiento intensivo ambulatorio. Evaluación de tecnologías sanitarias. Gobierno Vasco (2009).

SIMPOSIO 14. INCORPORACIÓN DE MÉTODOS OBJETIVOS Y DE FÁCIL DIFUSIÓN EN TRATAMIENTO, DIAGNÓSTICO E INVESTIGACIÓN EN TDAH

Presidente

Francisco Xavier Castellanos, MD

Brooke and Daniel Neidich Professor of Child and Adolescent Psychiatry. Professor of Radiology and Neuroscience & Physiology. Director, Center for Neurodevelopmental Disorders. The Child Study Center at NYU Langone Medical Center. Department of Child and Adolescent Psychiatry, New York, NY, EE.UU.

Primera ponencia:

“Plataformas de recogida de datos en internet. Herramienta Memind”

Juan Jose Carballo Belloso, MD PhD

Jefe Asociado. Departamento de Psiquiatría Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Universidad Autónoma de Madrid.

Existe un creciente consenso en la comunidad científica acerca de que los modelos de diagnóstico basados en la información obtenida a través de la monitorización continuada de la vida cotidiana de los pacientes podrían estar ligados más estrechamente a las necesidades de tratamiento y el pronóstico de los trastornos psiquiátricos.

Una nueva metodología “Ecological momentary assessment” (Evaluación momentánea ecológica, EMA) utiliza tecnologías que permiten estudiar determinadas conductas, síntomas y estados afectivos en “tiempo real” y en el medio habitual del paciente. Investigaciones iniciales de EMA han probado su aplicabilidad y factibilidad en diferentes poblaciones clínicas con diversos trastornos psiquiátricos. Tan solo un número limitado de estudios han utilizado esta metodología en los pacientes con TDAH. Por otro lado, destaca la ausencia total de esta experiencia de evaluación con muestras españolas.

Se ha desarrollado una aplicación web (Memind.net) a la que se podrá acceder con clave personalizada y anonimizada para que los propios pacientes y tutores legales puedan registrar de forma personal y en su propio medio la evolución de marcadores sintomatológicos

(estado de ánimo, apetito, energía, sueño, etc.) y de funcionamiento psicosocial (calidad de vida de pacientes e impacto en los cuidadores).

Se mostrarán los resultados del desarrollo de la aplicación Memind, así como el desarrollo de la aplicación específica para el seguimiento de niños con TDAH. Los asistentes evaluarán los resultados obtenidos en la población de estudio que corresponde a niños y adolescentes diagnosticados de TDAH atendidos en los dispositivos asistenciales de Psiquiatría y Salud Mental de cuatro hospitales del Grupo Quirón Salud en la Comunidad de Madrid (Fundación Jiménez Díaz, Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Hospital Infanta Elena y Hospital General de Villalba).

Referencias:

1. Rosen PJ, Epstein JN, Van Orden G. 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.* 2013 Sep;5(3):283-94. doi: 10.1007/s12402-013-0101-2.

Segunda ponencia:

“Diagnóstico de TDAH a través de medidas de movimiento”

Lourdes García Murillo, MD

The Child Study Center at New York University - Langone Medical Center

A pesar de que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos más frecuentes en la edad infantil, con una prevalencia estimada de entre un 5.9 y 7.1% de la población en edad escolar, continúa existiendo una falta de consenso en la sociedad sobre los criterios bajo los que se realiza este diagnóstico. Existe un debate abierto y preocupación sobre la existencia de los dos extremos opuestos en cuanto a este trastorno: se habla de la existencia de sobrediagnóstico de TDAH en algunas circunstancias y de infradiagnóstico del mismo en otras. Y es que, en la actualidad, el diagnóstico de esta entidad clínica continúa estando basado en descripciones subjetivas de comportamiento. Las observaciones están por tanto influenciadas por el clínico que evalúa y los informantes que acompañan, generándose en ocasiones diversidad de opiniones frente a un mismo caso y siendo difícil establecer un límite entre lo que se considera normal y lo que se considera trastorno.

Ante estas dificultades, desde hace años se ha intentado encontrar endofenotipos para el TDAH. Estos, son fenotipos intermedios, es decir, rasgos objetivos que

pueden ayudar a revelar la psicopatología inherente al trastorno e incrementar la fiabilidad del diagnóstico. Dado que la hiperactividad es una de las características más marcadas en los niños con diagnóstico de TDAH, la posibilidad de medir de manera objetiva el movimiento de los niños que presentan este trastorno se ha estudiado desde hace años.

Los asistentes serán capaces de valorar el potencial de dichas medidas objetivas de movimiento para el diagnóstico TDAH en niños y adolescentes. Para ello aportaremos los datos de la revisión sistemática de la bibliografía realizada hasta la fecha y una meta análisis de los estudios publicados, así como datos sobre nuestra propia experiencia con dichos dispositivos.

Referencias:

1. García Murillo L, Cortese S, Anderson D, Di Martino A, Castellanos FX. Locomotor activity measures in the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder: Meta-analyses and new findings. *Journal of neuroscience methods*, 2015; 252: 14-26

Tercera ponencia:

“Jaque Mate al TDAH”: uso terapéutico del Ajedrez en niños y adolescentes con TDAH”

Hilario Blasco Fontecilla MD PhD

Médico Psiquiatra de la Infancia y Adolescencia

Profesor Asociado UAM

CIBERSAM

Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Madrid, España

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es el trastorno de la salud mental más prevalente en la infancia y adolescencia. El tratamiento multimodal es el tratamiento más efectivo y recomendado para su tratamiento. Sin embargo, el peso del mismo recae

excesivamente en el tratamiento farmacológico. Recientemente se ha recomendado que, al menos en las formas leves de TDAH, el tratamiento farmacológico no debiera ser el tratamiento de primera elección, y nosotros estamos de acuerdo.

La presentación expondrá la literatura existente sobre el uso potencial del ajedrez, un juego milenario sencillo de aprender, pero que requiere el uso de estrategias cognitivas complejas y que fomenta la atención y concentración, en niños y adolescentes diagnosticados de TDAH. Se presentarán los resultados del estudio piloto “Jaque Mate al TDAH” publicado en Revista de Psiquiatría y Salud Mental en el 2015. En el citado estudio, los menores con TDAH leve, sin medicación, y con TDAH moderado o grave con medicación, mejoraron con la práctica regular de ajedrez. Asimismo, se presentará un proyecto innovador de gamificación de una psicoterapia online basada en el juego del ajedrez, y que está siendo financiado por el MINETUR. La herramienta está siendo desarrollada conjuntamente por SISTEMAS VIRTUALES DE APRENDIZAJE, S.L. (www.smartick.es) e Hilario Blasco-Fontecilla (GAMPSIT Project).

Los asistentes serán capaces de utilizar el conocimiento expuesto para desarrollar proyectos de investigación que usen el ajedrez como herramienta terapéutica complementaria para el TDAH. El potencial del ajedrez como herramienta terapéutica en el TDAH requiere de estudios metodológicamente sólidos y replicación del proyecto Jaque Mate al TDAH que permitan su inclusión en el tratamiento multimodal del TDAH.

Referencias:

1. Blasco-Fontecilla H, Gonzalez-Perez M, Garcia-Lopez R, Poza-Cano B, Perez-Moreno MR, de Leon-Martinez V, Otero-Perez J. Efficacy of chess training for the treatment of ADHD: A prospective, open label study. Revista de psiquiatria y salud mental, 2015

SIMPOSIO 15. WHAT TO DO WHEN FIRST LINE TREATMENTS FAIL FOR ADOLESCENTS WITH DEPRESSION, BIPOLAR DISORDER OR SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS

Chairperson: Ema Saito, M.D.

First presentation:

“What to do when first line treatments fail for adolescents with depression”

Ema Saito, M.D.

*Assistant Professor, Psychiatry,
The Hofstra-Northwell School of Medicine
Unit Chief,
The Zucker Hillside Hospital*

Despite recent progresses in child and adolescent psychiatry, approximately 40% of adolescents with major depressive disorder do not respond to the first treatment with an antidepressant. Prolonged depression negatively affects adolescents' life in various ways and can be detrimental to their prognosis. In this presentation, we will review evidence based strategy to address treatment refractory major depressive disorder among adolescents. First of all, we will discuss how to optimize

current choice of treatment before moving on to the next treatment based on existing evidence. It is imperative to track symptoms with rating scales regularly. If signs of treatment refractory are evident as early as 6 weeks, timely intervention such as addition of adjunct medication or cognitive behavioral therapy (CBT) may change the trajectory of symptom reduction favorably. The impotence of re-examining diagnosis, co-morbidity, co-occurring medical condition will be discussed if

depression dose not respond to the first treatment. Review of the pharmacological treatment will include the use of different selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI), serotonin norepinephrine reuptake inhibitors or adjunct medications (second generation antipsychotics, lithium and lamotrigine) to SSRI. Non pharmacological treatment will be reviewed as well, including electro convulsive therapy, repetitive transcranial magnetic stimulation, CBT and dialectical behavioral therapy. Due to paucity of data among adolescents, findings from adults will be also reviewed. To facilitate discussion, actual cases of treatment refractory depression will be presented. At the end of this presentation, participants will learn how to identify, assess and address treatment refractory major

depressive disorder among adolescents.

References:

1. Brent D, Emslie G, Clarke G, Wagner KD, Asarnow JR, Keller M, Vitiello B, Ritz L, Iyengar S, Abebe K, Birmaher B, Ryan N, Kennard B, Hughes C, DeBar L, McCracken J, Strober M, Suddath R, Spirito A, Leonard H, Melhen N, Porta G, Onorato M, Zelazny J. Switching to another SSRI or to Venlafaxine with or without cognitive behavioral therapy for adolescents with SSRI resistant depression: The TORDIA randomized controlled trial. JAMA 299(8): 901-913, 2008

Second presentation:

“What to do when first line treatments fail for adolescents with bipolar disorder”

Vivian Kafantaris, M.D.

*Professor of Psychiatry and Molecular Medicine
The Hofstra-Northwell School of Medicine*

Onset of bipolar disorder prior to age 18 is common and has been associated with poorer outcome than adult-onset. Youth tend to experience delays in accurate diagnosis and mood-stabilizing treatment and to have more co-occurring conditions. The most common co-occurring disorder in children, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), can decrease the likelihood of response to initial treatment with lithium and the presence of co-occurring anxiety disorders can have a negative impact on the course of bipolar illness in adolescence. Multiple well-designed studies support the treatment of acute manic or mixed episodes with second-generation antipsychotic medications (SGAs) and a recently published study supports lithium's efficacy in manic episodes without psychotic features. Only a few randomized, controlled trials address partial and non-response to initial anti-manic treatment in children and adolescents (Findling et al., 2013, Walkup et al., 2015). There is little data on the treatment of refractory bipolar depression in youth. Adding traditional antidepressants to ongoing mood stabilizer treatment has been reported to neither benefit nor harm adult patients with bipolar

depression. However, in children and adolescents with bipolar depression or with co-occurring anxiety disorders, data confirming the safety of anti-depressant medications are lacking. This presentation will review the evidence base for treatment of acute, continuation and maintenance phases of manic, mixed and depressed episodes in children and adolescents. Strategies for selecting effective treatment regimens that will be tolerable and safe long term, as well as the role of individual, group and family psychotherapies will be discussed.

References:

1. Findling, R. et al., The Post-Acute Effectiveness of Lithium in Pediatric Bipolar I Disorder. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology. 2013; 23: 80-90.
2. Walkup, J.T. et al., Treatment of Early-Age Mania: Outcomes for Partial and Nonresponders to Initial Treatment. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2015; 54(12): 1008-1019.

Third presentation:

“What to do when first line treatments fail for adolescents with schizophrenia”

Sanjiv Kumra, M.D.

Associate Professor, Department of Psychiatry,

Center for Neurobehavioral Development, University of Minnesota

Schizophrenia frequently has its onset during adolescence. The recent Treatment in Early-Onset Schizophrenia Spectrum disorders study suggested that approximately one-half of adolescents fail to respond to standard first-line treatment. In addition, all of the second-generation antipsychotics are associated with significant metabolic abnormalities and weight gain. In general clinical practice, the adherence to guidelines for monitoring patients is suboptimal and the management of antipsychotic induced weight gain is difficult. Failure to achieve optimal response in adolescents with schizophrenia can lead to school failure, substance misuse, social dysfunction, suicide and failure to achieve functional independence. This presentation will provide a systematic approach to understanding treatment non-responsive youth with schizophrenia-spectrum disorders. Using case examples, we will discuss problems which frequently contribute to poor treatment response including misdiagnosis, psychosocial adversity, lack of medication adherence, substance misuse, and untreated psychiatric comorbidity. Based on a literature review of existing randomized controlled trials and extrapolation from adult studies, we will discuss the role of newer second generation antipsychotics, adjunctive medications, long-acting injectable medications, clozapine and psychosocial treatment in the management of this difficult to treat

population. A systematic approach to deal with treatment nonresponse is likely to result in improved outcomes for adolescents with these devastating conditions.

References:

1. Sikich L. Should I stay or should I go now: when should clinicians try a different antipsychotic? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013 Jul;52(7):677-8.
2. Sikich L, Frazier JA, McClellan J, Findling RL, Vitiello B, Ritz L, Ambler D, Puglia M, Maloney AE, Michael E, De Jong S, Slifka K, Noyes N, Hlastala S, Pierson L, McNamara NK, Delperto-Bedoya D, Anderson R, Hamer RM, Lieberman JA. Double-blind comparison of first- and second-generation antipsychotics in early-onset schizophrenia and schizo-affective disorder: findings from the treatment of early-onset schizophrenia spectrum disorders (TEOSS) study. *Am J Psychiatry*. 2008 Nov;165(11):1420-31.
3. Correll CU, Sikich L, Reeves G, Riddle M. Metformin for antipsychotic-related weight gain and metabolic abnormalities: when, for whom, and for how long? *Am J Psychiatry*. 2013 Sep;170(9):947-52.

SIMPOSIO 16. ADHD DOES NOT ALWAYS BEGIN IN CHILDHOOD: EXPLORING TRAJECTORIES OF ADHD

Chairperson:

Luis Augusto Rohde, MD, PhD

First presentation:

“The persistence and emergence of ADHD in young adulthood”

Jessica Agnew-Blais, ScD

MRC Social, Genetic and Developmental Psychiatry Centre

Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College, London

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is now recognized to occur in adulthood. However, less is known about the prospective course of ADHD into adulthood, the risk factors for its persistence past childhood, and the possibility of its emergence in young adulthood in non-clinical populations. The aim of our current study was to investigate childhood risk factors and young adult functioning of individuals with persistent, remitted and late-onset ADHD. This presentation will discuss results from our study, the E-Risk Longitudinal Twin Study, which is a birth cohort of twins born in the UK in 1994–1995. ADHD was assessed in childhood with mother and teacher reports and in young adulthood with self-report. We found that about 20% of people with childhood ADHD continued to have ADHD at age 18. ADHD persistence was associated with more childhood ADHD symptoms and lower childhood IQ. At age 18, persistent individuals had more impairment and higher rates of other mental health problems compared to those whose ADHD had remitted. Among those with adult ADHD, nearly 70% did not have ADHD at any childhood assessment. In childhood,

compared to people with persistent ADHD, these ‘late-onset’ individuals had fewer ADHD symptoms, fewer behaviour problems and higher IQ. At age 18, late-onset and persistent ADHD groups had similarly elevated rates of generalized anxiety disorder, depression, conduct disorder and marijuana dependence. We identified heterogeneity in adult ADHD, as this group consisted of: (1) a larger late-onset ADHD group, with no childhood ADHD and little neuropsychological impairment, and (2) a smaller group with ADHD persistent from childhood and neuropsychological impairment. Our findings call into question the concept of adult ADHD as a childhood-onset neurodevelopmental disorder.

References:

1. Agnew-Blais J, Polanczyk GV, Danese A, Wertz J, Moffitt TE, Arseneault L. Persistence, remission and emergence of ADHD in young adulthood: Results from a longitudinal, prospective population-based cohort. *JAMA Psychiatry*, In press.

Second presentation:

“Is Adult ADHD a Childhood-Onset Neurodevelopmental Disorder? Evidence From a Four-Decade Longitudinal Cohort Study”

Guilherme Polanczyk, MD, PhD

Professor of Child Psychiatry, University of São Paulo, Brazil

ADHD is conceptualized as a childhood-onset neurodevelopmental disorder, with onset in childhood. Nevertheless, no prospective longitudinal study has described the childhoods of adults with ADHD diagnosis. This is the first report of follow-back analyses of ADHD

cases from the community diagnosed in adulthood, as well as of follow-forward analyses of ADHD cases diagnosed in childhood, in one cohort. Participants belonged to a representative birth cohort of 1,037 individuals born in Dunedin, New Zealand, in 1972 and 1973 and

followed to age 38, with 95% retention. Symptoms of ADHD, associated clinical features, comorbid disorders, neuropsychological deficits, genome-wide association study-derived polygenic risk, and life impairment indicators were assessed. Adult ADHD diagnoses used DSM-5 criteria, apart from onset age and cross-setting corroboration, which were study outcome measures. As expected, childhood ADHD had a prevalence of 6% (predominantly male) and was associated with childhood comorbid disorders, neurocognitive deficits, polygenic risk, and residual adult life impairment. Also as expected, adult ADHD had a prevalence of 3% (gender balanced) and was associated with adult substance dependence, adult life impairment, and treatment contact. Unexpectedly, the childhood ADHD and adult ADHD groups comprised virtually non-overlapping sets; 90% of adult ADHD cases lacked a history of childhood ADHD. Also unexpectedly, the adult ADHD group did

not show tested neuropsychological deficits in childhood or adulthood, nor did they show polygenic risk for childhood ADHD. The findings raise the possibility that adults presenting with the ADHD symptom picture may not have a childhood-onset neurodevelopmental disorder. If this finding is replicated, then the disorder's place in the classification system must be

References:

1. Moffitt TE, Houts R, Asherson P, Belsky DW, Corcoran DL, Hammerle M, Harrington H, Hogan S, Meier MH, Polanczyk GV1, Poulton R, Ramrakha S, Sugden K, Williams B, Rohde LA, Caspi A. Is Adult ADHD a Childhood-Onset Neurodevelopmental Disorder? Evidence From a Four-Decade Longitudinal Cohort Study. *Am J Psychiatry*. 2015 Oct 1;172(10):967-77.

Third presentation:

“ADHD trajectories in a large birth cohort from a developing country”

Luis Augusto Rohde, MD, PhD

Professor of Child & Adolescent Psychiatry

Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil

Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) has been traditionally conceptualized as a child-onset neurodevelopmental disorder. Based on this perspective, adult-onset cases should be an exception. In addition, there are controversial data on the persistence of child-onset ADHD in to adulthood. The best way to understand trajectories of disorders is the study of affected individuals in the community. Thus, the main objective of this investigation is to assess ADHD trajectories in the 1993 Pelotas Birth Cohort Study, including 5,249 individuals born in Pelotas, Brazil, in 1993. This is one of the hugest community studies in developing countries. A significant proportion of these subjects (81.3%) were followed up to age 18/19 years. The ADHD diagnosis was checked during childhood (11 years of age) and young adulthood with standard diagnostic procedures. Although ADHD diagnosis was derived using formal diagnostic criteria at age 18-19 years, we did not require onset of symptoms

during childhood. We estimated the overlap between these groups assessed at ages 11 and 18-19 years, respectively, and the rates of markers of impairment in these two groups compared to subjects without ADHD. Only 15.3% of children with ADHD continued to have ADHD as young adults, and only 12.2% of young adults with ADHD had the disorder in childhood. Levels of impairment measured by different functional outcomes (personal income, years of schooling, traffic accidents, teenage pregnancy and sexually transmitted diseases, criminal behavior and incarceration, co-occurring mental disorders and suicide attempt) were significant higher comparing both ADHD groups (Child-ADHD without adult ADHD and Adult ADHD without childhood ADHD) against non-ADHD subjects. Our findings do not support the premise that adult ADHD is necessarily a continuation of childhood ADHD.

References:

1. Arthur Caye, Thiago Botter-Maio Rocha, Luciana Anselmi, Joseph Murray, Ana M.B. Menezes, Fernando C. Barros, Helen Gonçalves, Fernando Wehrmeister, Christina M. Jensen, Hans-Christoph

Steinhausen, James M. Swanson, Christian Kieling, Luis Augusto Rohde. ADHD does not always begin in childhood: Evidences from a large birth cohort. JAMA Psychiatry, in press.

SIMPOSIO 17. TRAINING THE NEXT GENERATION OF LEADERS IN CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY: FROM MEDICAL SCHOOL THROUGH FELLOWSHIP, THE NORTH AMERICAN EXPERIENCE

Chairperson:

Dorothy Stubbe, MD

First presentation:

“Engaging medical students: Education and recruitment into child and adolescent psychiatry”

Howard Liu, MD

Associate Professor, former Psychiatry Clerkship Director

Department of Psychiatry, College of Medicine

Assistant Vice Chancellor for Faculty Development

University of Nebraska Medical Center

Omaha, Nebraska, USA

In the United States and Canada, the shortage of child and adolescent psychiatrists is well documented resulting in a lack of access to youth behavioral health services. Medical school represents a critical time to recruit future providers into child and adolescent psychiatry and there is emerging evidence that early exposure to youth mental health experiences and didactics in medical school is important for future career selection. However, medical school curriculum directors often give little attention to child and adolescent psychiatry and many report a lack of access to child psychiatrists to teach and mentor their students. This session reviews the factors that influence medical student decision making about future careers, highlight successful recruitment techniques, and offer a forum for participants to share their experiences fostering the next generation of child and adolescent psychiatrists from medical school into residency training. Professional societies such as the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, private foundations such as the Klingenstein Third Generation Foundation, and a few enterprising medical schools have developed

a number of innovative recruitment programs targeted at medical students. This includes increasing clinical exposure to child and adolescent psychiatry, structured inter-institutional mentorship programs, and national online curriculum repositories to disseminate child psychiatry didactic materials. Emerging data in North American training programs supports a need for targeted recruitment strategies to attract medical students into child and adolescent psychiatry. This session shares best practices from US and Canadian programs.

References:

1. Volpe T et al. Choosing child and adolescent psychiatry: factors influencing medical students. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry 2013; 22(4): 260-267.
2. Fox GS et al. Improving child and adolescent psychiatry education for medical students; an inter-organizational collaborative action plan. Academic Psychiatry 2012;36(6):461-464.

Second presentation:

“Alternative pathways: Triple board, post-pediatric portal and other integrated training”

Jeffrey Hunt, MD

Professor and Program Director

Department of Psychiatry and Human Behavior

Alpert Medical School of Brown University

Providence, Rhode Island, USA

Integrated training in CAP has a robust history in the US. The most novel is the combined program in pediatrics, psychiatry, and child and adolescent psychiatry. The “triple board program” offers a viable 5-year alternative to the traditional 7 to 8 years of residency training required for board eligibility in pediatrics, general psychiatry, and child and adolescent psychiatry and provides a unique training background for physicians who serve children and their families. One primary objective of these types of training was to address the workforce shortage of child psychiatrists by recruiting medical students who may otherwise have pursued general pediatrics. The second objective was to bridge the gap between child psychiatry and pediatrics by training physicians proficient in the culture, language, and content of both specialty fields. After more than 30 years of following the graduates of triple board program it is clear that these objectives have been met. This session will review the basic structure of the programs and will include up-to-date outcomes for each of the alternative pathways.

The Triple Board programs have been in existence for over 30 years. The outcome data that has been published regarding this program will be reviewed. Additionally, the integrated research tracks and post pediatric portal programs have nearly 10 years of outcome information, which will be reviewed. The success of the triple board experiment has facilitated further consideration and support for the development of other novel training portals into child psychiatry including the integrated general and child/adolescent psychiatry programs, integrated CAP research training programs, and most recently the post pediatric portal programs.

References:

1. Warren, M J. et al. , Outcome Measures of Triple Board Graduates, 1991-2003
2. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Volume 45 , Issue 6 , 700 – 708

Third presentation:

“New subspecialty status for child and adolescent psychiatry in Canada”

Mark Hanson, MD

Department of Psychiatry

University of Toronto, Faculty of Medicine

Toronto, Ontario, Canada

In Canada in 2011 Child and Adolescent Psychiatry (CAP) became a newly designated Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPS) subspecialty. Prior to this designation, Canadian CAPs practiced as

General Psychiatrists. Subspecialty status was necessary to establish Canadian training standards, allow for CAP specialty examinations, and to align Canada with the international field, as the USA and European countries

already had Board-certified CAPs in their jurisdictions. This presentation includes three components: First will be a review of the process by which RCPS subspecialty status was successfully obtained by the Canadian Psychiatry Association (CPA) and Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry (CACAP). As there had been two prior failed applications, the successful process for RCPS involved extensive consultation with CACAP membership and CAP content experts. Second, the implementation of new CAP residency training programs and a CAP RCPS subspecialty examination are discussed. A newly-formed CAP subspecialty committee was formed, with goals of 1) establishing standards and processes for RCPS-accredited CAP residency training programs across Canada's seventeen medical schools; and 2) implementing a new CAP subspecialty examination and application procedure for

this examination. Third, the controversies surrounding the "grandfathering" of General Psychiatrists practicing as CAPs (with the requirement of taking the new subspecialty examination, irrespective of seniority and stature within the field), medical student recruitment and training of CAP clinician scientists are reviewed. Although, subspecialty recognition enhanced standards of training and credentialing examination it lengthened CAP training which some believe will negatively impact medical student and resident recruitment into CAP in general and into CAP clinician scientist careers in particular.

References:

1. Saperson, K. (2013). Psychiatry residency education in Canada: past, present and future. *Academic Psychiatry*, 37(4), 238-242.

Fourth presentation:

"Child and adolescent psychiatry curriculum for competency and beyond"

Dorothy Stubbe, MD

Associate Professor and Program Director

Yale Child Study Center

Yale University School of Medicine

New Haven, Connecticut, USA

There is an international shortage of child and adolescent psychiatrists (CAP) and allied professionals to meet the needs of the globally-estimated 20% of children and adolescents suffering from a diagnosable psychiatric disorder. It is essential to ensure that the next generation of child and adolescent psychiatrists are well-trained to provide superior care, as well as to take on leadership roles in mental health service delivery systems to improve access to care. Curricular aspects of competency training and skill milestones assessment are presented, including a leadership development curriculum. Studies suggest that, in addition to a superior curriculum, mentorship, research and writing projects and leadership development activities in residency and fellowship promotes the careers of future leaders of the field. Engaging learners in active learning, self-assessment, and goal-setting assists in professional development skills. The use of competency-based milestones is discussed as one method of promoting these skills during residency/

fellowship training. International collaboration in the pursuit of superior specialty training in child and adolescent psychiatry has been a largely untapped resource for enhancing education. Methods of improving this collaboration is proposed, including the potential of engaging trainees in this mission as a leadership development opportunity. Utilizing the international expertise at the conference will allow sharing of curricula and leadership development methods.

References:

1. Thomas CR, Holzer CE: The continuing shortage of child and adolescent psychiatrists. *JAACAP*. 2006;45(9):1023-1031.
2. World Health Organization: Atlas: Child and Adolescent Mental Health Resources: Global Concerns: Implications for the Future. 2005, Geneva, Switzerland, WHO Press

SIMPOSIO 18. PRINCIPLES AND BEST PRACTICES OF SCHOOL MENTAL HEALTH: EXAMPLES FROM THE UNITED KINGDOM, SPAIN AND THE UNITED STATES

Chairperson:

Sharon Hoover Stephan, PhD

First presentation:

“Models of Comprehensive School Mental Health in the United States”

Sharon Hoover Stephan, PhD

Associate Professor, Division of Child and Adolescent Psychiatry

Co-Director, Center for School Mental Health

Department of Psychiatry

University of Maryland School of Medicine

Baltimore, Maryland, United States of America

Schools offer an ideal and ready-made opportunity to improve our efforts to support the academic, social, emotional, and behavioral development of students. In the United States (U.S.), most children are in school about 6 hours a day, 180 days a year, and at least 12 years of their lives. In this context, adults have daily opportunities to observe and assess student strengths and needs, and deliver academic, emotional, and social support. Schools are increasingly recognized as an optimal setting for providing a full continuum of student mental health supports. Several models of comprehensive school mental health delivery have emerged in the U.S., with a recent charge to the national Center for School Mental Health by the U.S. federal government to develop national standardized performance metrics by which to assess quality and sustainability of comprehensive school mental health nationally. In this presentation, Dr. Sharon Hoover Stephan, Co-Director of the U.S. national Center for School Mental Health, will review best practices in comprehensive school mental health, with several examples of program structure and process in U.S. school districts. These practices include strategies for providing a full array of evidence-based, tiered mental health

services, built on collaborative partnerships between school systems and community programs, to improve student behavior, reduce barriers to learning, increase access to mental health care, and improve both student attendance and academic achievement. In addition, methods to develop national performance measures for quality and sustainability in school mental health will be reviewed. In order to develop a set of quality and sustainability performance indicators for comprehensive school mental health systems nationally, the Center for School Mental Health employed a three-stage process involving expert consensus, nominal group decision-making and a modified Delphi process. Two resulting performance measurement tools will be shared that allow schools and districts to measure and engage in quality improvement.

References:

1. Connors EH, Stephan SH, Lever N, Ereshefsky S, Mosby A, Bohnenkamp J. A national initiative to advance school mental health performance measurement in the US. *Advances in School Mental Health Promotion*. 2015 Dec 24:1-20.

Second presentation:

“Establishing and Implementing School Mental Health in Oxford, England”

Mina Fazel, M.D., Post-doctoral Research Fellow

Department of Psychiatry

University of Oxford and Consultant in Child and Adolescent Psychiatry

Oxford University Hospitals NHS Foundation Trust

Schools are uniquely placed to access and care for children and can potentially democratise access to services. Working with and within schools can enhance collaborative inter-agency working and improve access, reduce gaps and duplication of effort and ultimately improve outcomes for young people. Mental health professionals, working within the school context can also support a range of other professionals and through them, improve the mental health of children. There is a growing involvement of schools in public health approaches, including the mental health. This workshop will address practical issues for psychiatrists interested in developing better relationships and services with schools by describing the development of mental health services within secondary schools across Oxfordshire in the United Kingdom. The experience of working with Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) and schools to set up new services will be described. In particular, the model of service development with CAMHS workers assigned to schools. The different roles the CAMHS workers play in the school will be described, including a balance of individual ‘pull-out’

assessments (direct assessment and treatment of children) and consultation with families and staff on specific children. In addition, whole school consultation (systems consultation) about general mental health and school environment issues as well as ‘push-in’ work enabling teachers to help children in their classrooms with specific disorders. Furthermore, how to assist existing school pastoral care systems will be described. The roll-out of the programme has been successful and feedback from students and teachers have been positive. The data from use of consultation time will be presented, showing how much of the time in consultation is taken up discussion children not previously known to the service and that much of the time needed is longer than 30 minutes. Ethical challenges of consent, confidentiality and privacy are described.

References:

1. Fazel M, Hoagwood K, Stephan S, Ford T. Mental health interventions in schools in high-income countries. *Lancet Psychiatry* 2014; 1: 377–87.

Tercera ponencia:

“Programa ZARIMA: prevención primaria y secundaria en la escuela de trastornos de la conducta alimentaria (tca) y sobrepeso”

Pedro Manuel Ruiz-Lázaro, M.D., Ph.D

Hospital Clínico Universitario de Zaragoza

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud I+CS, España

Se presenta el programa manualizado ZARIMA de acción comunitaria que promueve la salud mental y realiza prevención primaria y secundaria. Ha sido incluido en el

Directorio de Proyectos en Europa, Promoción de Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes, M.H.E. financiado por la Comisión Europea (Mental Health Europe, 2001)

y recomendado para su empleo con poblaciones de habla hispana en los Estados Unidos (Levine y Smolak, 2006). Y que ha probado ser efectivo evaluado científicamente (con un descenso significativo de incidencia TCA en grupo intervención (GI) frente a control (GC)) a un año de seguimiento con métodos estandarizados y ha permitido la detección temprana de TCANE. La intervención consiste en cinco sesiones semanales de 120 minutos de duración. Se integra en el horario escolar habitual, con actividades en pequeño grupo, coeducativos, técnicas de implicación en alimentación, en imagen corporal, diferencias genéricas, habilidades para resistir la presión social, la influencia sociocultural, interpretar y resistir la influencia de los medios de comunicación ("media"), autoestima/autoconcepto, habilidades sociales y comunicativas, entrenamiento asertivo. Se muestra los resultados de una nueva evaluación con un ensayo controlado, aleatorizado multicéntrico en colegios/institutos de Zaragoza, Santiago de Compostela y Santander en 1º ESO. La prevalencia total entre 1846

adolescentes de 73 clases de 37 escuelas es de 0.7% TCANE (EDNOS). Por provincias, en seguimiento al año sí encontramos diferencia significativa en los porcentajes de sujetos con riesgo del GI y GC en Santander (7,9% en GC frente a 2,5% en GI). Y también es significativa la diferencia con el sobrepeso. En el total de muestra, encontramos significativa diferencia en EAT-26 al año de la intervención (GI consigue una media en EAT-26 significativamente menor que GC: 6,94 vs 5,99 en GI; $p=0,019$).

Los asistentes serán capaces de utilizar el conocimiento expuesto para poder aplicar el currículo ZARIMA en el medio escolar.

Referencias:

1. Ruiz-Lázaro PM, Comet MP, Calvo AI, Zapata M, Cebollada M, Trébol L, Lobo A (2010). Prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos. *Actas Esp Psiquiatr*; 38 (4): 204-211.

Fourth presentation:

"Principles of Effective School Consultation"

Jeff. Q. Bostic, MD, EdD

Director of School Psychiatry, Massachusetts General Hospital

Associate Professor, Harvard Medical School

Boston, Massachusetts, United States of America

School provides a rich environment for cultivating academic skills such as reading, writing, and mathematics, but also for developing interpersonal skills, metacognitive skills such as executive functioning skills, and emotional regulation skills. Emerging brain science reveals that school programming can be enhanced with practices attuned to the developmental stages of students, and with embedding of executive functioning skills, mood regulation, social pragmatic skills, and conflict resolution. Psychological components of mindfulness, dialectical behavior therapy, cognitive behavior therapy, and collaborative problem-solving have been extrapolated to school settings to promote positive mental health and equip students with coping strategies and pertinent lifelong emotional regulation skills. School variables associated

with achievement indicate that student identification of progress and teacher provision of formative information can improve student outcomes. Consultation practices such as finding and separating positive intentions from negative outcomes, framing options that preserve self-esteem and that appeal to all parties, that coalesce and ally staff, parents, and students, and that can be measured and adjusted all improve consultation success. In this presentation, biological conditions favorable to brain development, psychological skills associated with effective school functioning, and school practices associated with academic and interpersonal success are described. In addition, school consultation principles helpful to ally staff, align parents, and facilitate and sustain change are provided. Brain information that

integrates mental health and school success increases the value of child psychiatrists to schools. Employing consultation principles that address specific student problems yet also improve the educational experiences and achievement of all students garner most support by schools.

References:

1. Walter, Heather J., Berkovitz, Irving H. "Practice parameter for psychiatric consultation to schools." *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 44.10 (2005): 1068-1083.

SIMPOSIO 19. RELEVANT TOPICS IN THE TREATMENT OF ADOLESCENTS WITH SUBSTANCE USE DISORDERS: WHAT WORKS?

Chairperson:

Prof. Dr. Yifrah Kaminer, MD., MBA

First presentation:

"From assessment to aftercare: The Importance of Continuity of Care in Youth with Substance Use Disorders"

Yifrah Kaminer, MD, MBA

Professor of Psychiatry and Pediatrics,

Alcohol Research Center & Injury Prevention Center,

University of Connecticut School of Medicine

Farmington, CT, USA

In the last 20 years, significant progress has been made in the development of evidence-based practice treatment protocols for youth with alcohol and substance use disorders (AOSUD). Most interventions have been provided in outpatient settings where more than 80% of youth are being treated. The focus has been on several therapeutic approaches and modalities including family/community therapies, cognitive behavioral therapy (CBT), motivational interviewing (MI), and 12-step/fellowship meetings as reviewed in recent meta-analyses, as well as integrated interventions reported in the benchmark Cannabis Youth Treatment (CYT) study.

The purpose of this presentation is to address less developed areas of clinical research that are of great importance for better understanding the therapeutic process along the continuum of care in youth with AOSUD. These include the rationale, design, mechanisms of behavior change (MBCs), implementation, monitoring,

and outcome-based modification of treatment continuum for youth with AOSUD. The continuity of care model is of utmost importance in order to provide optimal individual care as well as communication between different levels of care. The objectives of this presentation are: (1) provide current knowledge pertaining to the pretreatment phase including baseline assessment and reactivity; (2) address potential mechanisms of behavior change in treatment; (3) present the importance of aftercare (continued care) to prevent post-intervention relapse; (4) propose adaptive treatment strategies addressing poor response to treatment.

References:

1. Kaminer Y, Godley M. (2010). From assessment reactivity to aftercare for adolescent substance abuse. Are we there yet?. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 19, 577-590.

Segunda ponencia:

“Necesidades en el abordaje de adolescentes con trastornos duales y psicóticos. Las familias como prescriptoras del tratamiento”

Josep Matalí Costa, PhD.

Unidad de Conductas Adictivas del Adolescente

Servicio de Psiquiatría y Psicología

Hospital Sant Joan de Déu

Barcelona, Spain

Es universalmente aceptado que la población infantil es uno de los grupos más vulnerables ante las situaciones de estrés que puede provocar una crisis. En España, la pobreza infantil aumentó un 53% entre el 2007 i el 2010, comportando un aumento de las familias con problemas económicos graves. Este hecho ha ido asociado a la disminución de los recursos institucionales destinados a la prevención, detección y atención de los problemas de salud. Por otro lado, está demostrado que la incorporación de las familias en los tratamientos de adolescentes con trastornos adictivos o psicóticos ha supuesto una mejora en la evolución y el pronóstico. De todo ello se desprende la necesidad de modificar los protocolos de tratamiento con el fin de adaptarlos a las demandas reales (tanto sanitarias como no-sanitarias) de los pacientes que atendemos y de sus familias, y así gestionar mejor los recursos económicos existentes. Este estudio tiene como objetivo principal detectar y comparar las necesidades de los adolescentes usuarios de la Unidad de Conductas Adictivas y de la Unidad de Primer Episodio Psicótico

en diversos ámbitos (clínico-terapéutico, asistencial, académico, social, económico, judicial, etc.). Para ello se ha diseñado un cuestionario específico y se han evaluado familias de adolescentes con un trastorno dual (n= 146) y con un primer episodio psicótico (n= 46). En esta presentación nos proponemos hacer hincapié en la importancia de detectar las necesidades de las familias usuarias de estas unidades, con la finalidad de adaptar futuras intervenciones desde un abordaje integral a las necesidades, conocimientos y expectativas de cada núcleo familiar.

References:

1. Gómez Beneyto M, Ruiz Rodríguez Á, Palacios ML, Freund Llovera N, Fernández Liria A. Construcción y fiabilidad de un cuestionario para evaluar las necesidades familiares de personas con trastorno mental grave. *Rev Asoc Española Neuropsiquiatría* [Internet]. 2012; 32:461–79.

Tercera ponencia:

“La atención a la familia en el tratamiento de adolescentes con Trastornos por Uso de Sustancias”

Rosa Díaz

Unidad de Conductas Adictivas en Adolescentes (UNICA-A)

Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil

Hospital Clínic de Barcelona

Barcelona, Spain

Numerosos estudios han demostrado la eficacia de las intervenciones familiares en pacientes adolescentes con trastornos por uso de sustancias. En algunos estudios

incluso se sugiere que estas intervenciones pueden ser más eficaces que otros tratamientos individuales y grupales. Este tipo de enfoques hacen énfasis en la

necesidad de implicar en el tratamiento a los padres, los hermanos, la familia extensa, y en ocasiones hasta los amigos, educadores y otras personas del entorno social del joven. En las intervenciones familiares se aborda un amplio rango de factores de riesgo que van más allá del consumo de sustancias, incluyendo conflictos familiares, problemas de comunicación, dificultades académicas y laborales, contacto con grupos sociales de riesgo, etc. En esta ponencia se revisan aquellos aspectos de la intervención con los familiares que resultan más efectivos en el tratamiento de adolescentes con problemas relacionados con el uso de sustancias, tengan o no otros trastornos comórbidos. Se hablará de la importancia de la evaluación de los factores de riesgo familiares, así como de la devolución de los resultados de esa evaluación a los pacientes y a sus familiares con el fin de motivarlos a mantenerse en tratamiento y a realizar cambios. También se hablará del papel de los grupos psicoeducativos para

padres, del entrenamiento de familiares para actuar como coterapeutas en casa, así como de los diferentes modelos de terapia familiar que han mostrado efectividad en la literatura científica sobre este tema. Se hará especial énfasis en las terapias sistémicas, las terapias familiares multisistémica y multidimensional, así como en los enfoques centrados en el refuerzo comunitario del adolescente.

References:

1. Schaub MP, Henderson CE, Pelc I, Tossman P, Phan O, Hendriks V, Rowe C., Rigter H. (2014). Multidimensional family therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: outcomes of the INCANT trial. *BMC Psychiatry* 31;14:26. doi: 10.1186/1471-244X-14-26.

SIMPOSIO 20. DISREGULACIÓN EMOCIONAL, UN COMÚN DENOMINADOR EN NOSOLOGÍA MENTAL INFANTO-JUVENIL. FORMAS DE IDENTIFICACIÓN Y TRATAMIENTO

Presidente:

Dr. Miquel Gasol Colomina

Director General ITLIMIT.

Psiquiatra Director Servicio de Psiquiatría Hospital General de Barcelona, España

La Disregulación emocional, día a día, es un factor común en la nosología mental infanto-juvenil, denotando como este común denominador en el diagnóstico, el tratamiento y sus comorbilidades, basadas en nuestro modelo de intervención, interpersonal, con sus familias y con el(la) paciente, para hacerlas parte de los tratamientos a

de consulta en nuestros servicios de salud mental. El modelo diagnóstico nos obliga a identificar el real factor patológico a tratar. Asimismo, esta disregulación tanto emocional como cognitiva, en el niño(a) y/o adolescente, se retoman, se identifican y resignifican,

Primera ponencia:

“La aplicación de la Terapia Dialéctica-Comportamental para tratar adolescentes con Trastorno Límite de la Personalidad”

Laura López Seguer

Psicóloga Psicopatóloga en Psicología Forense y Criminal

Terapeuta individual y Grupal en Terapia Dialéctica-Comportamental/DBT ITLIMIT

Unidad de Adolescentes Hospital General de Catalunya.

Barcelona, España.

Estudios empíricos indican que los criterios diagnósticos para el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) son tan válidos y estables antes de los 18 años como en la adultez. En adolescentes, la presencia de algunos criterios como la disregulación emocional puede indicar que el TLP se está desarrollando, por lo que intervenir tempranamente podría prevenir la instauración del cuadro completo. El programa con mayor evidencia para adolescentes con características de TLP es la Terapia Dialéctica-Comportamental (TDC) adaptada por Miller y Rathus (2000), con algunas modificaciones (p.ej., se recomienda que asista al menos un familiar del adolescente a terapia de grupo) de la TDC estándar (Linehan, 1993). El objetivo del presente trabajo es describir y presentar resultados de la aplicación de la TDC para 4 adolescentes en la una unidad hospitalaria de trastornos de la personalidad. Muestra: 4 Adolescentes (14-17 años) que puntuaron positivo en el diagnóstico de TLP. Los resultados preliminares del tratamiento (6 meses) indican que los pacientes (evaluados

post hasta la fecha) no han realizado nuevos intentos de suicidio durante el tratamiento. No se han producido visitas al servicio de urgencias por crisis de ansiedad y solo se produjo 1 ingreso hospitalario por crisis de ansiedad. Las crisis de ansiedad han disminuido de una forma satisfactoria. Los pacientes con abuso de cannabis han reducido considerablemente el consumo, y respecto al funcionamiento de grupo, los adolescentes y sus familias han ido incrementando progresivamente el funcionamiento entre sesiones, produciéndose un mejor funcionamiento a partir de la sesión 10. En conclusión, el programa ha sido aceptado por los adolescentes y sus familias. Los resultados a 6 meses, muestran una reducción de la sintomatología más graves y se ratifica la efectividad del programa de la misma.

Land WE, Angold A, Costello EJ, Egger M. Prevalence: Comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. *Am J Psychiatry*. 2013 Feb 1;170(2):173-9.

Segunda ponencia:

“Entrenamiento en habilidades sociales en patologías externas”

Sara Iborra Ruiz
Psicóloga especializada
Coordinadora Unidad
Barcelona, España

“Tratamiento efectivo en niños con disregulación emocional e internalizantes”

juvenil y neurodesarrollo.
ITLIMIT-Hospital General de Catalunya

El programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales, es un programa de 3 meses de duración, que va dirigido a los/as de edades comprendidas entre 7 y 12 años, con diagnósticos por DSM-5 de: GRUPO I: TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO (Trastorno por Déficit de Atención con/sin Hiperactividad, Trastorno de Espectro Autista, Trastorno de Tics, SGT, etc.), y Grupo II: TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE, TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE y TRASTORNO DE CONDUCTA.

Dicho programa se ha basado en 11 módulos dinámicos de ilusión óptica, asertividad, empatía y toma de decisiones, comunicación con escucha activa,

roles y liderazgo, normas y civilización, cooperación, toma de confianza, negativismo y cierre general, con conclusiones y comparación de resultados. Enfatizando en el manejo de la disregulación emocional como cofactor sintomático compartido.

Los 10 niños fueron evaluados de forma previa y posterior al desarrollo del programa por: Psiquiatría, Psicología y evaluación psicométrica (BIS-11, DERS, Cuestionario HH.SS, Cuestionario de Habilidades de Interacción Social – CHIS y la Escala de Habilidades Sociales – EHS). El estudio transversal, analítico y de estudio de casos, con seguimiento individual y grupal de los niños, en la unidad infanto-juvenil

del Hospital General de Catalunya de entrenamiento en Habilidades Sociales, demuestra la competencia social asertiva y su abordaje en disregulación emocional infantil, como un coadyudante eficaz del tratamientos en niños y niñas, proporcionando en definitiva un mejor funcionamiento académico, interaccional familiar y a pares, al igual que un mejor pronóstico de su patología de base.

Referencias:

1. Argyris Stringaris: Irritability in children and adolescents: a challenge for J... 5. Argyris Stringaris. Eur Child Adolesc... (2011) 20:61-66

Tercera ponencia:

“La disregulación emocional y su posible relación con la pr... áreas o conducta suicida en adolescentes”

José Alexander Vargas Castro, MD

Psiquiatra, Unidad Infanto-Juvenil ITLIMIT-Hospital General de Barcelona, España.

La disregulación emocional es una característica presente en múltiples patologías mentales inf... juveniles. Esta disregulación se observa tr... trastornos del tipo externalizante o inte... principalmente en el contexto de disfun... La disregulación emocional también p... en el proceso normal de neuroder... de la adolescencia. Recientemente la... salud mental infanto-juvenil pone d... semejanzas entre un posible espectr... disregulación emocional y síndromes... de conductas autodestructivas en cor... cionalidad familiar. De estas premisas s... investigación, con el objetivo evaluar... emocional (medida con la Escala de... la Regulación Emocional-DERS) y... familiar (medido a través del Disposi... de Valoración Familiar-FAD), con... sobre la ideación suicida y/o conductas a... (medidas por la Escala Columbia para E... riedad de la Ideación Suicida C-SSRS) en... olación de adolescentes diagnosticados de trastornos externalizantes o internalizantes, frente a una población de adolescentes sin diagnóstico de patología

... áreas o conducta suicida

... Método : Se trata de un estudio analítico, transversal, de casos y controles con pacientes de edades entre 12 y 18 años de edad con diagnósticos en el área de trastornos externalizantes o internalizantes y que reciben tratamiento ambulatorio para el mismo (n=40), frente a adolescentes escolares sin diagnóstico de enfermedad mental. Resultados y Conclusiones : La disregulación emocional tanto interpersonal, como cognitiva, al igual que familiar e intrínseca, son factores de peor pronóstico en la posible conducta suicida, siendo un común la ideación de la misma en grupos nosológicos externalizantes e internalizantes. Llama la atención como la disregulación emocional sub-sindrómica en adolescents escolares se convierte en un precursor de dicha ideación suicida y por ende de conducta suicida, siendo esta disregulación cada vez más frecuente y con más compromiso psicopatológico.

Referencias:

1. Benjamin I, Ryan J : Suicidal Ideation and Behavior in Adolescents Aged 12-16 years: A 17-year follow-up. Suicide and Life-Threat Behav.2014, Feb 4.

SIMPOSIO 21. RE-EXAMINING CONDUCT DISORDER THROUGH THE LENS OF COMPLEX TRAUMA

Chairperson:

Jennifer Cabrera MD

Psychiatrist, Medical Director, ACS-Bellevue Mental Health Service

Department of Child and Adolescent Psychiatry, New York University School of Medicine

New York, New York, USA

First presentation:

“Linking Attachment, Conduct Disorder and Complex Trauma”

Jessica Linick, PhD

Psychologist, Horizon Juvenile Center

Department of Child and Adolescent Psychiatry, New York University School of Medicine

New York City, New York, USA

Throughout infancy and childhood, children learn to self-soothe and internally regulate their emotions with the help of their parents or caregivers, which in turn helps them learn how to survive in the outside world. The theory underlying this behavior, Attachment Theory (Bowlby, 1958), has implications for understanding the development, manifestations, and treatment of complex trauma and Conduct Disorder.

Early experiences with caregivers help a child to develop thoughts, beliefs, expectations, emotions, and behaviors about the self and others, called the internal working model, which extends into adulthood. These models are used to regulate attachment-related behavior, with the main attachment figure and with future attachment figures, as well as in stressful situations. Under conditions in which relying on a caregiver may not be safe, children learn to develop other ways of dealing with their emotions. In infancy, these are often termed insecure attachment styles, and have been linked to psychiatric disorders in adulthood. In situations of complex, prolonged, or developmental trauma, insecure attachment can later manifest as “survival coping” (Ford, 2009). This refers to the ways in which adolescents

learn to regulate themselves based on the trauma they have experienced. However, the behaviors that often manifest in survival coping (aggression, hypervigilance, oppositionality, delinquency) are generally not viewed as a manifestation of trauma. Instead, they are termed “conduct problems,” and the child is given a diagnosis of Conduct Disorder or similar.

In this presentation, the basic underpinnings of attachment theory will be discussed, including secure and insecure attachment, alongside the typical phenomenology of complex trauma and Conduct Disorder. Similarities among the behavioral manifestations of these disorders will be presented, as well as potential areas for intervention.

References:

1. Bowlby, J. (1958). The Nature of the Child's Tie to his Mother. *International Journal of Psycho-Analysis*. 39, 350.
2. Courtois, C.A and J.D. Ford (Eds). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders: An Evidence-Based Guide*. New York: The Guilford Press, 2009.

Second presentation:

“Complex Trauma, Conduct Disorder and the Neuropsychiatric Overlap”

Lara J. Cox MD, MS

Resident Psychiatrist

*Department of Child and Adolescent Psychiatry, New York University School of Medicine
New York, New York, USA*

There is a common perception that youth with Conduct disorder (CD) lack empathy or guilt and use aggression and violence proactively. In reality this describes only a small minority of youth with CD who meet criteria for “with limited prosocial emotions.” The majority of youth with CD display hypersensitivity to perceived threat, increased emotional reactivity, and reactive aggression. This also describes many children and adolescents who meet criteria for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). There is even greater phenomenological overlap between these two populations when considering the proposed diagnosis of Developmental Trauma Disorder, which is the result of prolonged exposure to interpersonal violence and disrupted attachment.

When the diagnostic criteria for CD and PTSD are examined together, it becomes apparent that a child or adolescent could meet criteria for CD due to trauma-related behaviors. This provides some explanation for the high rates of traumatic experiences but relatively low rates of PTSD reported in youth diagnosed with CD and in settings such as the juvenile justice system. The similarities extend to common changes in executive function, emotion processing and functional alterations in neurocircuitry. Nevertheless, conduct disorder and trauma are generally studied separately, resulting in a dearth of work examining the role of trauma in the development of conduct-disordered behaviors. Furthermore, evidence-

based treatments that address both issues are lacking.

This presentation will discuss the prevalence of trauma and adverse childhood experiences, and their frequency in conduct-disordered populations. It will review the diagnostic criteria for CD and PTSD, along with the proposed diagnosis of Developmental Trauma Disorder. Finally, it will examine neurocognitive and neuroimaging research in CD and trauma, demonstrating the similarities between the two bodies of work on a neurobiological level.

References:

1. Bennett, Dianna C. and Patricia K. Kerig. (2014). Investigating the Construct of Trauma-Related Acquired Callousness Among Delinquent Youth: Differences in Emotion Processing. *Journal of Traumatic Stress*, 27, 1-8.
2. Bremness, A. and Wanda Polzin. (2014). Commentary: Developmental Trauma Disorder: A Missed Opportunity in DSM V. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23(2), 142-145.
3. Cox, Lara J. (2014). Functional Neurocircuitry in Conduct Disorder with and without Callous-Unemotional Traits. *Child and Adolescent Psychopharmacology News*, 19(6), 1-7,12.

Third presentation:

“Implications of the Conduct-Trauma Connection: Clinical Outcomes and Societal Impact”

Akeem Marsh MD

Psychiatrist, Horizon Juvenile Center

*Department of Child and Adolescent Psychiatry, New York University School of Medicine
New York, New York, USA*

There is a large body of evidence that Conduct Disorder without limited prosocial emotions and complex trauma demonstrate significant overlap in etiology, phenomenology, and neurobiology. The commonality has numerous implications for clinical practice, individual prognosis and life trajectory, and societal impact.

Evidence-based treatment options for conduct disorder include Multi-Systemic Therapy and Functional Family Therapy. For trauma-related issues, Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy and group/milieu based models, such as Trauma Systems Therapy, are utilized. Traumatized youth that have progressed to the point of displaying significant antisocial behavior require treatment that addresses both problems together. Failing to do so results in ongoing criminal behavior that can lead to escalating involvement with the justice system and a life trajectory with a narrowing number of opportunities for prosocial engagement. Treatment that integrates work on trauma-related symptoms and conduct-disordered behaviors may break the cycle of recidivism and allow youth to fully participate in their lives and communities. Addressing the conduct-trauma connection on the clinical, research, and policy level is the only way to close the gap and meet the needs of these complex and

marginalized youth.

This presentation will use a case example to illustrate the connection between trauma and conduct-disordered behaviors, and potential treatments. The young man described has an extensive history of physical abuse and exposure to drug use and domestic violence, and was referred to treatment by the family court for conduct-disordered behaviors including running away, physical aggression, and breaking curfew. The presentation will also explore the consequences of failing to address trauma and the broader ramifications of this failure on an individual and societal level.

References:

1. Maniglio, Roberto. (2014) Significance, Nature and Direction of the Association Between Child Sexual Abuse and Conduct Disorder: A Systematic Review. *Trauma, Violence, and Abuse*, 12(3), 241-257.
2. Weisz, John R. *Psychotherapy for Children and Adolescents: Evidence-Based Treatments and Case Examples*. New York: Cambridge University Press, 2004.

SIMPOSIO 22. PSIQUIATRÍA LEGAL INFANTOJUVENIL

Presidente:

Dra. Montse Pàmias Massana, MD.

Presidenta de la Sociedad Catalana de Psiquiatria Infantojuvenil

Primera ponencia:

“Actualización en la Ley del Menor”

Dra. Montse Pàmias Massana.

Jefe de Salud Mental Infantojuvenil.

Corporació Sanitària Parc Taulí, Barcelona, España.

A lo largo del 2015 se han producido modificaciones importantes en la legislación concerniente a los menores de edad, aunque su conocimiento no está extendido entre los profesionales sanitarios ni se dispone de ningún procedimiento para informarles, a pesar de la enorme trascendencia que tienen estos cambios en la práctica diaria.

Se darán a conocer los cambios legislativos que pueden estar relacionados con los menores de edad y la Salud Mental Infantojuvenil, determinando sus implicaciones en la práctica clínica.

Algunos de los cambios legislativos más reseñables son la modificación en la Ley de autonomía del paciente, que a efectos prácticos devuelve la mayoría de edad

sanitaria a los 18 años en situaciones de riesgo, junto con el aumento de la edad de consentimiento a las relaciones sexuales a los 16 años. También destacan los cambios en la Ley de protección jurídica del menor, que hacen necesaria la autorización judicial para ingresar en un centro de menores específico para problemas de conducta.

¿En qué afectan estos cambios al profesional de la Salud Mental?. Por poner algunos ejemplos, será necesario conocer las medidas de protección contempladas en víctimas menores de edad para poder elaborar un informe que recoja las recomendaciones específicas de protección de nuestros pacientes en esta situación. Del mismo modo, tendremos que solicitar el consentimiento de los

progenitores en aquellas situaciones que consideremos de riesgo para la salud del menor, aunque haya cumplido los 16 años o sea un menor maduro, lo que cambiará necesariamente nuestra forma de trabajar hasta ahora.

Referencias:

1. Ley Orgánica 8/2015 y 26/2015 de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.
2. Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Segunda ponencia:

“Incapacitación del Menor”

Dra. Raisa Agustín Morrás.

Psiquiatra. Salud Mental Infantojuvenil.

Corporació Sanitària Parc Taulí, Barcelona, España.

El objetivo de los procedimientos de incapacitación es la protección de los pacientes con una patología mental severa que les impide gobernarse por sí mismos, y que persistirá a la mayoría de edad.

A pesar de ser un procedimiento habitual en adultos, no lo es en el ámbito infantil, con escaso conocimiento de los fundamentos legales y periciales del mismo. Aunque es prioritario orientar a las familias sobre este procedimiento para garantizar la protección de nuestros pacientes, es un tema escasamente planteado en la consulta.

Por otra parte, no se dispone de estudios de investigación en nuestro entorno relacionados con la incapacidad en menores con patología psiquiátrica ni se han creado guías orientativas para profesionales y familiares, como las que existen en adultos.

Se revisarán algunos conceptos clave como la patria potestad ampliada o las diferencias entre tutela y curatela, básicos para comprender el proceso. También es necesario determinar en qué pacientes y con qué características concretas se tendría que valorar promover este procedimiento, de cara a su aplicación en la práctica clínica. Por otra parte, se planteará un modelo para revisar las habilidades funcionales en ámbitos como

el autocuidado, el cuidado de la salud, los asuntos económicos y el transporte, para determinar en qué campos se encuentran limitados para valerse por sí mismos y necesitan mayor protección.

Al concluir la presentación, los participantes tendrán claros algunos conceptos teóricos básicos, serán capaces de plantearse en qué pacientes puede ser conveniente promover la incapacitación y tendrán nociones sobre los aspectos más relevantes a valorar en la realización de informes útiles para orientar al juez en la toma de decisiones.

Referencias:

1. “La incapacitación: nuevo enfoque jurisprudencial de la protección de personas con discapacidad. Novedades en la Ley de Jurisdicción Voluntaria y en el ámbito penal”. Rodríguez Caro, M.V. Conocimiento, artículos doctrinales. Noticias Jurídicas. Agosto 2015.
2. “Child psychiatry and child protection litigation”. Brophy, J.; Cohen, S.; Radcliffe, P. RCPsych Publications, 2001.

Tercera ponencia:

“Violencia Filioparental”

Marta Jiménez Calvo.

Trabajadora Social. Salud Mental Infantojuvenil.

Corporació Sanitària Parc Taulí, Barcelona, España.

Las alteraciones de conducta son uno de los principales motivos de atención especializada en los centros de salud mental infantojuvenil. En concreto, la violencia filio-parental es un problema cada vez más evidente en los sistemas de protección social, sanitario y judicial, que sin embargo sigue presentado lagunas respecto a sus principales características y las de sus implicados, los factores predisponentes y las intervenciones eficaces.

Cuando hablamos del comportamiento de los adolescentes, es necesario distinguir entre conductas de carácter disruptivo prototípicas de la adolescencia de aquellas otras consideradas como inaceptables o abusivas (Sterwart, Wilkes, Jackson y Mannix, 2006).

En la infancia y adolescencia son muchos los trastornos mentales que pueden presentar entre su sintomatología alteraciones de conducta, conductas violentas o conductas antinormativas. Es importante tener en cuenta las patologías mentales más frecuentemente asociadas a estas situaciones. Diversos estudios se han centrado en analizar si las agresiones hacia los padres son cometidas con mayor frecuencia por los hijos o las hijas, así como si es más probable que el sujeto agredido sea la madre o el padre. También, se ha examinado la edad, el sexo

de agresores, el perfil psicopatológico y los principales factores de riesgo.

El conocimiento de los fundamentos legales relacionados con la violencia doméstica de hijos hacia los progenitores es clave en la práctica clínica, especialmente en la atención a pacientes agresores, ya que regula una serie de responsabilidades para los jóvenes que no han cumplido los 18 años.

En estos casos es fundamental el trabajo conjunto con los diferentes profesionales y servicios. Disponer de pautas claras sobre los pasos a seguir en la intervención ante este tipo de situaciones, tanto a nivel policial, judicial o clínico, facilitaría la orientación a los padres, el abordaje al paciente y la prevención de nuevos episodios.

Referencias:

1. “Violencia filio-parental: Principales características, factores de riesgo y claves para la intervención”. Martínez M.L., Estevez E., Jiménez T.I., Velilla C. Papeles del Psicólogo, 2015. Vol. 36 (3), 216-223.
2. Ley Orgánica 5/2000 “Responsabilidades penal de menores de edad”.

Tercera ponencia:

“Menores Infractores”

Dr. Jaume Martínez Mas.

Psiquiatra. Unidad Terapéutica del C.E. Tíllers.

Equipo de Salud Mental y Adicciones en C.E. Alzina.

Parc Sanitari Sant Joan de Dèu, Barcelona, España.

Cada vez con mayor frecuencia se presentan casos de menores infractores que deben ser atendidos en Salud Mental, o también de pacientes en seguimiento que cometen algún tipo de delito.

En los centros educativos de justicia juvenil más de la mitad de los chicos cumplirían criterios para algún tipo de problema de salud mental. Del mismo modo la prevalencia en consumo de tóxicos es elevada y es a su

vez causa directa o indirecta de muchos de los hechos delictivos que han cometido. Conoceremos como funcionan estos centros y cómo es el tipo de atención que se realiza en ellos.

El delito más frecuente en nuestro país en menores es el relacionado contra el patrimonio aunque cada vez más de forma preocupante están aumentando los casos de violencia filio-parental. Conocer esto y los factores de riesgo asociados podría permitir plantear estrategias de intervención precoz y prevención dentro de la red de psiquiatría infantil.

Por otro lado conoceremos en qué consisten las medidas terapéuticas tanto ambulatorias como de cumplimiento cerrado, cuando suelen imponerlas y que tipo de información precisa el juez en esos casos. También daremos pautas de cómo actuar ante la confesión de un delito o la intencionalidad de cometerlo en nuestra práctica clínica.

En resumen, el objetivo de la charla será que el

participante entienda mejor los aspectos más importantes relacionados con el perfil de los menores infractores, la intervención en centros de justicia juvenil y saber cómo actuar en la práctica clínica comunitaria tanto para prevenir como para actuar adecuadamente ante un joven que ha cometido algún delito y/o tiene alguna medida judicial impuesta por el juez.

Referencias:

1. “El perfil psicológico de los menores denunciados por violencia filio-parental”. Erostarbe, I. I.; Alboniga-Mayor, J. J. *Revista Española de Investigación Criminológica* (2011). REIC, (9), 6-19.
2. “Protección y custodia cautelar del menor de edad exento de responsabilidad. Un análisis profundo del artículo 29 de la LORPM”. Valbuena García, E. *Anuario da Facultade de Dereito da Universidade da Coruña*, 2009, 13: 887-918.

SIMPOSIO 23. STIMULANTS VS. NON-STIMULANTS FOR ADHD: COMPARATIVE EFFECTIVENESS, DIFFERENTIAL RESPONSE AND THE IMPACT OF COMORBIDITY

Chairperson:

Jeffrey H. Newcorn, MD

First presentation:

“Stimulants vs. non-stimulants in youth with ADHD: Comparative effectiveness and moderating effects of oppositional defiant disorder (ODD)”

Jeffrey H. Newcorn, MD

Associate Professor of Psychiatry and Pediatrics

Director, Division of ADHD and Learning Disorders

Icahn School of Medicine at Mount Sinai

Director, Pediatric Psychopharmacology. Mount Sinai Health System. New York City, New York, USA

Psychostimulants have been found to be safe and effective in youth with ADHD, and have an overall larger effect size than non-stimulants. However, while the large majority of stimulant-treated youth have a significant reduction in symptoms, a smaller number achieve normalized function. Approved non-stimulant medications offer therapeutic alternatives; however,

more information is needed to guide treatment selection. Non-stimulant medications, such as atomoxetine and guanfacine, are structurally unrelated to the stimulants and work via slightly different mechanisms, suggesting they may be effective for individuals who cannot tolerate or who have inadequate response to stimulants. Yet, few studies have examined comparative efficacy and

tolerability, or the extent to which there is optimal or preferential response to one or the other medication. This is particularly relevant to understanding the treatment of ADHD in the context of comorbidity, because the co-occurrence of these conditions may alter the desired treatment approach. This presentation will examine data regarding comparative efficacy and effectiveness of stimulants and non-stimulants, reviewing data obtained from several large clinical trials - both industry-funded and independently funded. We will also examine the moderating effect of comorbid oppositional defiant disorder (ODD), and the effects of treatment on ODD symptoms. We will additionally present data from one of our own studies, a large crossover trial of over 200 youth ages 6-17 treated with atomoxetine and methylphenidate. Results indicate overall superior improvement with

methylphenidate, but preferential response to atomoxetine in a large minority of subjects, and a small but significant moderating effect of ODD favoring methylphenidate response. Findings will be used to model a data-driven approach for clinicians in the use of stimulant and non-stimulant medications to treat youth with ADHD with and without comorbid oppositional defiant disorder.

References:

1. Newcorn J, Kratochvil C, Allen AJ, Casat C, Ruff D, Moore R, Michelson D. (2008) Atomoxetine and Osmotically Released Methylphenidate for the Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Acute Comparison and Differential Response. *Am J Psychiatry* Jun;165(6):721-30.

Second presentation:

“ADHD and Tics: Stimulant or Non-Stimulant? Weighing Benefit and Risk”

Barbara J. Coffey, M.D. M.S.

Professor of Psychiatry

Chief, Tics and Tourette's Clinical and Research Program

National Tourette Center of Excellence at Icahn School of Medicine at Mount Sinai

New York City, New York, USA

Bidirectional overlap between attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and tic disorders has long been described. Studies indicate that when these co-occur, ADHD symptoms often place a greater burden on patients than tics. For this reason, managing inattention, hyperactivity and impulsivity in children with tics may be crucial for an optimal outcome. However, practitioners often remain unsure about which medication is best for children with this complex comorbid picture.

Stimulant use in children with tics has often been avoided, as tics and/or a family history of tics/Tourette's are labeled as a contraindication for use of methylphenidate in the United States Physician's Desk Reference (2016). But recent data provide substantial evidence against this claim. In a meta-analysis with 9 randomized controlled trials (RCT) involving 477 subjects with comorbid tics and ADHD, methylphenidate was found to offer the greatest improvement in ADHD symptoms without worsening tics. These results were

confirmed in a more recent meta-analysis with 22 RCT involving 2385 children with ADHD, in which the risk of new onset or tic worsening associated with stimulants was found to be similar to that of placebo (risk ratio=0.99, p=.962) (Cohen, et al, 2015).

This presentation will review recent evidence on the benefit and risks of stimulant versus non-stimulant treatment of comorbid ADHD and tics. Participants will learn a systematic approach to disentangling and treating comorbid ADHD and tic disorders.

References:

1. Cohen SC, Mulqueen, JM, Ferracioli-Oda E, Stuckelman ZD, Coughlin CG, Leckman JF, Bloch MH. Meta-Analysis: Risk of Tics Associated with Stimulant Use in Randomized, Placebo-Controlled Trials. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015; 54(9): 728-736)

Third presentation:

“Treating Adolescents with Comorbid ADHD and Substance Abuse: Are Stimulants OK or Not?”

Iliyan Ivanov, MD

Associate Professor

Department of Psychiatry

Division of Child and Adolescent Psychiatry

Medical Director of Comprehensive Adolescent Rehabilitation and Education Services (CARES)

Icahn School of Medicine. New York City, New York, USA

The use of stimulant medications as first line treatments for adolescent ADHD has raised concerns regarding use in substance using patients. Some animal models of addiction have suggested differential effects of stimulant vs. non-stimulant medication in respect to the development of compulsive types of behaviors, considered to be a hallmark of the transition from drug experimentation to drug abuse. The majority of the literature shows no clear evidence to suggest that prescribed stimulants will precipitate drug use or may increase concomitant use. Moreover, some recent studies have shown that pharmacological treatment of ADHD in individuals with severe SUD may decrease the risk of relapse and increase these patients' ability to follow a non-pharmacological rehabilitation plan. However, the clinical complexity of these types of cases presents clinicians with many challenges related to the practical management of comorbid ADHD and SUD in adolescence.

This presentation will discuss practical guidelines for

the use of stimulants vs. non-stimulants in youth who abuse illicit drugs (i.e., substance abuse disorders (SUD) and those at risk for SUD. It will also review both available clinical trial data as well as case vignettes to illustrate key points related to choosing the most appropriate treatment for any individual case. The presentation will conclude by offering a considered perspective on when it is and when it might not be safe to use stimulant medications in this population, when to consider alternatives, and what these alternative approaches might be.

References:

1. Wilens TE, Monuteaux MC, Snyder LE, Moore H, Whitley J, Gignac M. The Clinical Dilemma of Using Medications in Substance-Abusing Adolescents and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: What Does the Literature Tell Us? *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. November 2005, 15(5): 787-798.

SIMPOSIO 24. COMORBID PSYCHOPATHOLOGY LINKED TO MOOD DISORDER AND SUICIDALITY - A SYMPOSIUM FROM THE WPA SECTION ON CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY

Chairperson:

Gordana Milavic, MD, FRCPSych

First presentation:

“Comorbid Mood Disorders”

*Gordana Milavic, MD, FRCPsych
National and Specialist Services
Maudsley Hospital,
London, UK*

Bipolar Disorder (BP) has a debilitating impact on the quality of life of young people. 2/3 of adults with BD report an onset in adolescence. The LAMS study (1) sets out longitudinally to assess the outcome of the presence of elevated symptoms of mania (ESM +ve) vs. (ESM -ve) in a community clinical population. One of the main aims of the study is better to define precursors of BP in a hypothesised higher risk population. The main question is whether the presence of an ESM +ve profile is a phenomenological precursor of Bipolar Disorders (BP) (1). The UK LAMS study has, in addition to following the course of BP spectrum disorders in this sample, provided findings about linked conditions. The clinical significance of these findings is explored. The methods used baseline results from a sample of ESM +ve and ESM -ve subjects in the UK LAMS study. They were analysed to provide rates of BP spectrum disorders and co-occurring conditions. These findings were correlated with current clinical outcomes. The results of the UK LAMS Study indicated that the overall BP spectrum disorders trend is lower than in US samples: 25% vs. 15% rates at

baseline (2). In both samples manic symptoms at baseline are associated with a range of comorbid conditions such as ADHD, high rates of disruptive behaviour disorders, oppositional defiant disorder, disruptive mood dysregulation disorder and autistic spectrum disorder. The significance findings from the UK sample suggest considerable variability in presentation and diagnosis of mood disorder prevalence and comorbidity. The preliminary results of the UK LAMS study show high rates of comorbidities. These findings will be discussed with a focus on clinical outcomes.

References:

1. Horwitz SM, Demeter C, Pagano ME, et al. Longitudinal Assessment of Manic Symptoms (LAMS) Study: background, design and initial screening results. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(11):1511–1517.
2. Milavic, G (2015) AACAP Presentation, (San Antonio)

Second presentation:

“ASD, Comorbid Disorders and Suicidality”

*Young Shin Kim, MD, MS, MPH, PhD
Associate Professor and Director, STAR Service
Director, Psychiatric Genetic Epidemiology Program
Department of Psychiatry, University of California, San Francisco
San Francisco, CA, USA*

The prevalence of Autism Spectrum Disorder (ASD) has been rising for more than 30 years. Much of this increase has been related to broadening diagnostic criteria and other factors. This broadened phenotype

includes individuals on the “milder” end of the spectrum. Higher functioning individuals are more aware of their situations and more able to report symptoms of comorbid psychopathology. Despite these changes,

few studies have explored suicidal behaviors alone or in association with bullying for individuals with ASD. This relationship between bullying and suicidality in ASD is particularly important, given the prevalence of bullying co-existing with ASD reportedly ranges from 10 to 70%. To date, all studies assessing suicidality and bullying in ASD samples have been conducted in clinically-ascertained samples of children. Suicidality and bullying experience have not yet been examined in Korean children with ASD. To address this question, we used an epidemiologically-ascertained Korean sample of ASD in a study with the aims to: 1) Examine the prevalence of parent-reported suicidality and bullying experience in children diagnosed with ASD, and 2) Explore whether ASD is an independent risk factor for suicidality, after controlling for previously reported SI risk factors (age, sex, social difficulties, depression, behavior problems, SES and bullying experience. The results of this study

indicate that children with ASD (14.0%) had higher rates of suicidality and bullying experiences compared to those children without ASD. Higher risk for suicidality was no longer significant when other known risk factors for suicidality were controlled. This leads us to conclude that current data demonstrate that ASD is a significant risk factor for suicidality and these risks are mediated by known suicidal risk factors in the general population, including bullying. This suggests that special clinical attention for concerns about suicidality is warranted for the children with ASD, especially if they have bullying experiences.

References:

1. Segers M, Rawana J. What Do We Know About Suicidality in Autism Spectrum Disorders? A Systematic Review. *Autism Res.* 2014;10.

Third presentation:**“Bullying, Developmental Psychopathology and Suicidality”***Bennett L. Leventhal, MD**Professor of Psychiatry**University of California, San Francisco**San Francisco, CA, USA*

There has been a growing awareness that bullying, the most common form of violence affecting youth, is very common and has broad impacts on development children and adolescents. Previous research has consistently documented an association between bullying, developmental psychopathology and suicidality. However, methodological limitations (cross-sectional design, shared method variance and analytic problems) have led to a failure to clearly establish a causal relationship between bullying and developmental psychopathology. In order to address this problem, this study has the principal aim of prospectively determining the causal antecedents of bullying, psychopathology and suicidality; that is, which comes first and contributes to the development of the others. In this study, we prospectively examined 1655, 7th to 9th grade Korean students. They completed Korean Peer Nominating Inventory and Korean version of Youth Self Report (YSR) at baseline

and 10 months later. Multivariate logistic regressions were performed on the data leading to results that indicated that while social problems at baseline increased the risk of becoming a victim or a victim-perpetrator of bullying 10 months later with an odds ratio(OR) = 2-3, victims, perpetrators and victim-perpetrators showed increased risk for social problems, aggression and externalizing behavioral problems with OR = 4-5. Additionally, victims, perpetrators and victim-perpetrators showed increased risks for suicidal ideations and behaviors with OR = 3-10. Taken together, these data for the present study suggest that adolescents with bullying experience are at increased risk for various forms of developmental psychopathology as well as suicidal behaviors/ideations. These findings are the first to suggest that bullying may cause psychopathology. More importantly, screening for bullying is an essential component in the assessment of children for developmental psychopathology.

SIMPOSIO 25. EU-AIMS LONGITUDINAL EUROPEAN AUTISM PROJECT (EU-AIMS LEAP): FINDINGS FROM THE FIRST WAVE

Chairperson:

Tony Charman

*Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience
King's College, London, UK*

First presentation:

“Cohort design, measures and rationale for the EU-AIMS Longitudinal European Autism Project (EU-AIMS LEAP)”

Jan Buitelaar

*Donders Institute for Brain, Cognition and Behaviour
Radboud University. The Netherlands*

Autism Spectrum Disorders (ASD) encompass a group of very heterogeneous disorders that are characterized by a common set of clinical sign and symptoms. Heterogeneity is found at both the clinical, etiological, (genetic and environmental risk factors), biological and cognitive level. For example, clinical manifestations depend on several factors, such as age and ability level. There are no effective pharmacological treatments for the core symptoms that improve the long-term outcome. The strong heterogeneity has seriously hampered to identify new targets for drug treatment. Abnormalities in brain structure/function and cognitive deficits are also likely to change over development. Hence, some treatments may only be effective in certain subgroups or at certain points in development. Recently, brain imaging (MRI and EEG/ERP), eye-tracking, and cognitive and biochemistry markers have emerged as potential biomarkers to aid clinical stratification of patients with ASD. However, this approach requires comprehensive assessments of participants in studies with substantially larger sample sizes than that included in any existing study to date.

To this end, we designed a multi-site accelerated longitudinal study that will enroll a large cohort of approximately N=350 individuals with ASD and N=250 control participants (typically developing and with diverse intellectual disabilities) from 6-30 years with IQ from 50+ to the normal range. The study is carried out simultaneously at seven study sites across Europe

(Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience King's College London (IoPPN/KCL), Autism Research Centre, University of Cambridge (UCAM), University Medical Centre Utrecht (UMCU), Radboud University Medical Centre Nijmegen (RUNMC), Central institute of Mental Health (CIMH), Mannheim/ Germany, University Campus Bio-Medico (UCBM), Rome/ Italy, and the Karolinska Institute, (KI), Stockholm/ Sweden. Each participant will be seen at two time-points; at baseline and after a 12-24 months follow-up period. At each time point, participants will be comprehensively characterized in terms of clinical symptomatology, comorbidities, brain structure and brain function, and neurocognitive profile.

Blood, urine, saliva and hair samples will be taken for genetic and biochemical analysis. In addition, 30 MZ and 20 DZ twin pairs discordant for ASD and 20 twin-pairs with typical development will be assessed at KI at one time-point. We have obtained qualification advice on the design, methodology and biomarker approaches from the European Medicines Agency (EMA).

References:

1. Loth, E., et al. (2015). Identification and validation of biomarkers for autism spectrum disorders: Towards a shared understanding between academia, industry and regulatory authorities. *Nature Reviews Drug Discovery*, 15, 70-73.

Second presentation:

“Studying the core ASD phenotype and associated psychiatric comorbidities in the EU-AIMS Longitudinal European Autism Project (EU-AIMS LEAP)”

Julian Tillmann

*Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience
King's College, London. UK*

In addition to comprehensive clinical characterisation of the autism spectrum disorder (ASD) phenotype, we measure intelligence and adaptive behaviour and other commonly occurring psychiatric comorbidities. This aligns the cohort with the recent changes to DSM-5 that allows us to measure ‘clinical specifiers’ alongside an ASD diagnosis and to examine comorbidities. Core ASD symptoms are measured using the Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-G, ADOS-2) and the Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R). In addition, dimensional measures of ASD symptomatology are derived from the Social Responsiveness Scale (SRS), the Repetitive Behaviour Scale (RBS), the Short Sensory Profile (SSP), the Children’s Social Behaviour Questionnaire (CSBQ) and the Autism Quotient (AQ). Commonly associated psychiatric comorbidities are measured using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), the Development and Well Being Assessment (DAWBA), the DSM-5 rating scale for Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD) and the Beck Inventories for Anxiety (BAI) and Depression (BDI). Although symptoms may not reach cut-off for a psychiatric diagnosis they may still impact on cognition, emotional state or social behaviour, among others.

We will report developmental patterns of symptom presentation at different developmental stages from early childhood to adulthood and across an IQ range from 50 to >130. We will examine the role of sex, IQ and psychiatric comorbidities on the presentation of the core ASD phenotype. Information on comorbidities will be used to stratify the sample and to compare particular sub-groups (e.g., ASD only, ASD + ADHD) or may be included in specific analyses as covariate. The broad strategy to measuring the ASD phenotype and associated features will allow us to report the predictors of impairments in everyday adaptive behaviour and quality of life in order to develop a targeted approach to novel treatments that might have the most beneficial impact on patient outcomes.

References:

1. Simonoff, E., et al. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: Prevalence, comorbidity and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 921-929.

Third presentation:

“Neurocognitive biomarkers in the EU-AIMS Longitudinal European Autism Project (EU-AIMS LEAP)”

Eva Loth

*Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience
King's College, London, UK*

It is currently widely accepted that no single cognitive deficit explains all symptoms of ASD, and that multiple cognitive deficits/abnormalities may contribute to the

considerable clinical heterogeneity. However, most previous studies included small sample sizes, which made the identification of neuro-cognitive sub-groups

difficult. They also typically tested only one or few cognitive domains in the same sample; and often did not directly examine the link between (or predictive value of) individual differences in cognitive abnormalities and clinical symptom severity.

Hence, by comprehensively assessing a large cohort of N=350 individuals with ASD and N=250 control participants from the age of 6-30 years on a wide range of cognitive tests, our goal is to identify neurocognitive biomarkers that 1) may help us to stratify individuals with ASD into more homogeneous subgroups, and/or 2) that may serve as surrogate outcome measures. Neurocognitive measures were selected to be suitable across the targeted age and ability range and include tests of theory of mind, social attention/ social reward, central executive functions, weak central coherence/ top-down processing, and basic perception.

Firstly, we report case-control comparisons for each measure. However, identification of stratification biomarkers requires us moving beyond these case-control differences. Therefore, secondly, we construct cross-sectional developmental trajectories in the typically developing (TD) group for each measure. We then use confidence intervals around the TD trajectory to assess for each individual with ASD whether they fall outside

the performance range expected for their age. This enables us to identify whether abnormalities only exist at certain ages or across developmental stages. Because recent studies reported sex differences in social cognition in ASD, these trajectories may be carried out separately for males and females. We can also establish whether particular abnormalities are more common in individuals with mild intellectual disabilities, or comorbidities (e.g., ADHD, or depression). Third, using multivariate methods (including cluster analyses, pattern recognition techniques) we aim to identify neurocognitive subgroups based on the entire profile of strengths and weaknesses across multiple cognitive domains. We predict that this approach may be more predictive for symptom severity than level of impairment in a single domain, as the impact of any cognitive deficit on symptom severity or adaptive behaviour likely depends on additional deficits vs. compensatory skills in other domains.

References:

1. Loth, E., Spooren, W., & Murphy, D. G. (2014). New treatment targets for autism spectrum disorders: EU-AIMS. *Lancet Psychiatry*, 1, 413-415

Fourth presentation:

“Resting state MRI in the EU-AIMS Longitudinal European Autism Project (EU-AIMS LEAP)”

Marianne Oldehinkel

*Donders Institute for Brain, Cognition and Behaviour
Radboud University. The Netherlands*

To examine differences in resting-state MRI connectivity, the LEAP protocol included an approximately 7-8 minute resting state sequence using a multi-echo sequence. Participants have been presented with a fixation cross and instructed to keep their eyes open. All rs-fMRI data will be preprocessed locally by Nijmegen group. We will apply typical preprocessing with further addition of denoising for motion-related artifacts using ICA-AROMA. Independent component analysis (ICA) is an important data-driven approach for investigating the underlying functional network

architecture of the brain. Several studies have been conducted to investigate functional brain connectivity in people with ASD by applying ICA to rs-fMRI data, yet findings are heterogeneous. Some studies have linked ASD to decreased connectivity in the salience network and default mode network, others to increased functional connectivity in salience, default mode, fronto-temporal, visual and motor network. A shift from hyperconnectivity during ASD in childhood to hypoconnectivity during ASD in adulthood has been hypothesized to explain the differences between findings. However, all these

studies used categorical (i.e., ADHD versus control group) analyses of small samples ($N < 50$), potentially resulting in biased findings. Furthermore, given the large symptom heterogeneity in ASD, potential other effects on functional connectivity might have remained uncovered.

In contrast, the large sample size and wide age range of participants in the LEAP cohort enable us to conduct a comprehensive rs-fMRI study in which we can characterize both the categorical as well as dimensional ASD-related changes in all functional networks across development. The categorical ASD versus control group analysis as well as the dimensional analyses (using the ASD symptom measures) of the obtained functional networks will be conducted separately for each age group (children, adolescents, adults) using FSL randomize. Furthermore, by including different continuous ASD symptom measures, the specific networks relating to each symptom dimension can be determined, potentially contributing to the identification of different ASD subtypes and biomarkers.

In another set of analyses we will apply instantaneous correlation parcellations (ICP), a novel tool to functionally segregate a larger region of interest into sub-regions by grouping voxels with similar time courses, to obtain a functional parcellation of the striatum and thalamus. Next, we will investigate ASD-related changes

in functional connectivity between primary sensory cortex and these sub-regions. We will present the first results of these analyses.

References:

1. Ecker, C., Bookheimer, S. Y., & Murphy, D. G. (2015). Neuroimaging in autism spectrum disorder: brain structure and function across the lifespan. *Lancet Neurology*, 14, 1121-1134

Acknowledgments: EU-AIMS is funded by the European Union's Innovative Medicines Initiative Joint Undertaking under grant agreement number 115300, including a financial contribution from the European Union's Seventh Framework Programme (FP7/2007–2013) and a European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA) companies' in-kind contribution. We acknowledge the intellectual and practical input from our collaborators: Ahmad, J., Banaschewski, T., Baron-Cohen, S., Beckmann, C., Bölte, S., Bours, C., Brandeis, D., Chakrabarti, B., Crawley, D., de Bruin, Y., Durston, S., Hayward, H., Holt, R., Johnson, M.H., Jones, E.J., Lai, M.-C., Lombardo, M., Mason, L., Mennes, M., Murphy, D.G.M., O'Dwyer, L., Persico, A., Sacco, R., San Jose Caceres, A., Spooren W., and the EU-AIMS LEAP group.

SIMPOSIO 26. CATATONIA IN CHILD AND ADOLESCENT PATIENTS

Chairperson:

Walter Jaimes-Albornoz, MD

First presentation:

“What is catatonia? Catatonia in child and adolescent patients”

Walter Jaimes-Albornoz, MD

Psychiatry Service

Hospital Universitario Donostia

Donostia-San Sebastián, Spain

Catatonia is a neuropsychiatric syndrome that occurs in a wide variety of medical, neurological and psychiatric conditions. It was classified for many years

only as a subtype of schizophrenia. The syndrome seems poorly recognized in different including in children and adolescents. Catatonia in pediatrics has been described

in psychotic, affective, anxiety and medical conditions and in autistic, developmental and tic disorders. Not infrequently the etiologies are multiple. This syndrome usually presents acutely although some patients adopt a chronic course. Two clinical forms are described: a stuporous variety, which is the most common, and an agitated one. Catatonia can also adopt a very severe form called lethal or malignant when it is associated with hyperthermia, tachycardia, tachypnoea, hypertension and diaphoresis. According to DSM 5 catatonia is classified as a specifier of psychotic, affective and others mental disorders, as well as being associated with general medical conditions. There is also a new residual diagnostic category of “catatonia not otherwise specified” to document its presence when its etiology is not yet been identified. The diagnosis of catatonia is made if three or more of list of 12 symptoms are present. The diagnosis of catatonia must follow the diagnosis of

their etiologies and possible complications that can even be lethal. The treatment of catatonia has a high response rate and should be provided by a multidisciplinary team. Benzodiazepines, mainly lorazepam, are the drugs of choice. ECT is considered in those cases in which response to an adequate trial of treatment with lorazepam is not achieved or in those with lethal catatonia.

Catatonia is a treatable general medical syndrome that also occurs in children and adolescents. It is not infrequent and delays in diagnosis and initial management are associated with increased morbidity and mortality.

References:

1. Dhossche D, Cohen D, Ghaziuddin N, Wilson C, Wachtel LE. The study of pediatric catatonia supports a home of its own for catatonia in DSM-5. *Med Hypotheses*. 2010 Dec; 75(6):558-60.

Second presentation:

“Catatonia and autoimmune conditions in children and adolescents: A diagnosis and therapeutic challenge”

Vladimir Ferrafiat, MD

Department of Child and Adolescent Psychiatry, Université Pierre et Marie Curie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Paris, France

Department of Child and Adolescent Psychiatry, Université de Rouen, Hôpital Charles Nicolle, AP-HR, Rouen, France

Catatonia is a severe syndrome gathering psychic and motor symptoms that can result in death. Catatonia occurs in many different medical conditions of autoimmune etiology. This condition is under-recognized and undertreated in the pediatric patients. In this setting we must lead to specific investigations, because its etiology often reveals among psychiatric presentations, a wide variety of medical, neurological and metabolic conditions. In this population up to 20% of the cases are secondary to a medical condition. This point has crucial therapeutic implications. The diagnosis and treatment of the organic condition appears very important regarding the severity and the possible lethality of the underlying states in organic catatonia. The patients with catatonia secondary to conditions of autoimmune etiology, in addition to the specific treatment of catatonia (benzodiazepines and/or electroconvulsive

therapy, ECT), can be treated with immunosuppressive treatments. Pediatric cases of catatonia of autoimmune origin successfully treated have been reported in systemic lupus erythematosus (SLE) and anti-N-methyl D-aspartate (NMDA)-receptor encephalitis including malignant catatonia. The presentation of anti-NMDA encephalitis in children can be different from adults with a predominance of psychiatric symptoms including psychosis and catatonia. Other antibodies such as anti-VGKC-complex, GlyR, D1R, D2R, AMPAR, GABA(B) R, anti-TPO, anti-TG, are known for their pathologic role in the development of encephalitis. Catatonic syndromes can be observed in children and adolescents in association with organic diseases. These are not infrequent but severe and potentially lethal conditions. The autoimmune etiology must be suspected if the clinical presentation or paraclinical investigations show

us some evidence. These catatonic patients also benefit from specific treatment of autoimmune conditions.

References:

1. Ferrafiat V, Raffin M, Deiva K, Salle-Collemiche X, Lepine A, Spodenkiewicz M, Michelet I,

Haroche J, Amoura Z, Gerardin P, Cohen D, Consoli A: Catatonia and autoimmune conditions in children and adolescents: should we consider a therapeutic challenge ? Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, in press

Third presentation:

“Catatonia in Autism Spectrum Disorders: A Diagnostic, Therapeutic and Scientific Conundrum”

Dirk Dhossche MD, PhD

Professor of Psychiatry

University of Mississippi Medical Center, USA

Catatonia emerging in patients with autism spectrum disorders has been associated with severe impairment, and represents a diagnostic, therapeutic, and scientific conundrum in this population. We review the literature on diagnosis, treatment, and risk factors of catatonia in autism spectrum disorders. Recent studies document catatonia as a comorbid syndrome at a rate of 12-17% in adolescents and young adults with autism spectrum disorders. Catatonia leads to severe functional impairments in daily activities and is associated with increased rates of stereotypy, aggression, and self-injury. Lacking controlled trials, benzodiazepines and ECT have been administered safely in case-reports and case-series, sometimes with remarkable and lasting improvements. Barriers to increase this topic's visibility are its novelty in the field of autism spectrum disorders, the lack of independence of catatonia as a separate syndrome in psychiatric classification, and the stigma surrounding the

use of benzodiazepines and electroconvulsive therapy, the medical treatments that seem most effective in catatonia. On a positive note, changes in the classification of catatonia in DSM-5 facilitate the diagnosis of catatonia in patients with autism spectrum disorders. There have been advances during the last ten years in demarcating catatonia as a treatable condition in autism spectrum disorders and as a distinct scientific field of inquiry, yet the condition remains poorly recognized and studied. Further study of catatonia in autism spectrum disorders may provide new diagnostic, therapeutic, and scientific opportunities.

References:

1. Dhossche DM. Decalogue of catatonia in autism spectrum disorders. Front Psychiatry. 2014 Nov 6;5:157. doi: 10.3389/fpsy.2014.00157. eCollection 2014. Review.

SIMPOSIO 27. INTERVENCIÓN GRUPAL EN ENFERMEDAD PEDIÁTRICA CRÓNICA

Presidenta:

Raquel Cecilia

Primera ponencia:

“La intervención grupal en adolescentes con diabetes tipo 1 puede mejorar la adherencia terapéutica?”

Raquel Cecilia

Psiquiatra. Psiquiatría de enlace.

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

Los pacientes con diabetes tipo 1 (DT1) tienen una mayor prevalencia de malestar psicológico y comorbilidad psiquiátrica que la población general. La diabetes se ha asociado sobre todo con clínica depresiva, ansiosa y conducta alimentaria alterada.

La DT1, que es la enfermedad pediátrica crónica más frecuente, requiere un seguimiento constante y cuidado diario. En los pacientes con DM1, la transición a la adolescencia se asocia, a menudo, a una peor adherencia al tratamiento, un deterioro del control metabólico y a un aumento del riesgo de problemas psicológicos.

El Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona cuenta con una Unidad que atiende a pacientes derivados desde el Departamento de Endocrinología. El perfil de paciente más frecuente de derivación suele ser adolescente con DT1 y mal control metabólico asociado a sintomatología depresiva, ansiosa o alteraciones de la conducta alimentaria.

Dado que las intervenciones grupales han demostrado eficacia en el tratamiento de adolescentes con enfermedad crónica, se decidió introducir este tipo de tratamiento en el manejo de pacientes con DT1.

Se diseñaron dos programas grupales: uno dirigido a adolescentes que habían debutado recientemente en la diabetes (menos de un año de evolución) y otro para los pacientes de larga evolución de la enfermedad. Constaron de 3 sesiones dirigidas por una psiquiatra, una psicóloga y una enfermera educadora. Se valoró el manejo de la diabetes y clínica ansiosa y/o depresiva antes y después de la intervención y se observó mejora tanto del manejo de la enfermedad como de la sintomatología psicológica.

Los resultados indican que sería recomendable integrar intervención grupal en la atención de adolescentes con diabetes dada la alta incidencia de clínica psicológica y de baja adherencia al tratamiento asociada.

Referencias:

1. Hocking MC, Lochamn JE. Applying the transactional stress and coping model to sickle cell disorder and insulin-dependent diabetes mellitus: Identifying psychosocial variables related to adjustment and intervention. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2005; 8: 8:221-246

Segunda ponencia:

“Intervención grupal en adolescentes con enfermedad inflamatoria intestinal”

M. Ángeles Mairena García de la Torre, PhD

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), como la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, se diagnostica cada vez con más frecuencia en la etapa infantil y en la adolescencia. La mayoría de estos niños y adolescentes muestran un funcionamiento general similar a la población normal. Sin embargo, presentan mayor riesgo

de presentar problemas sociales, disminución de la calidad de vida y alteraciones psicológicas, principalmente ansiedad y depresión.

El Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona cuenta con una unidad funcional multidisciplinar que atiende a niños y adolescentes con EII. Dado que las intervenciones

grupales han demostrado eficacia en el tratamiento de niños y adolescentes con enfermedades crónicas, desde el área de salud mental se planteó utilizar este tipo de tratamiento para favorecer el funcionamiento psicosocial de adolescentes con EII.

Con este objetivo, se diseñó un programa de intervención de seis sesiones que contaban con discusión abierta y con el uso de técnicas para promover el estilo de afrontamiento activo, el entrenamiento en técnicas de relajación, la gestión apropiada de emociones y el aumento de conductas proactivas. Además, se trataron aspectos relacionados con la adherencia al tratamiento y la nutrición. Las sesiones fueron conducidas por una psicóloga y, en dos sesiones, se contó con una nutricionista.

Se evaluaron aspectos de calidad de vida, estilos

de afrontamiento y síntomas psicopatológicos antes y después de la intervención. En general, se observaron efectos positivos en conductas de afrontamiento activas y bienestar psicológico. Los participantes y sus familias refirieron elevada satisfacción tras la intervención y mejor actitud ante la adherencia al tratamiento. Estos resultados justifican usar este tipo de intervención a una población más amplia.

Referencias:

1. Grootenhuis MA, Maurice-Stam H, Derkx BH, Last BF. Evaluation of a psychoeducational intervention for adolescents with inflammatory bowel disease. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2009 21(4): 340-345

Tercera ponencia:

“Intervención grupal en adolescentes con cáncer en fase final de tratamiento”

Marta Albert Babot

Psicóloga Clínica. Hospital Nostra Senyora de Meritxell. Andorra

El diagnóstico de cáncer en un adolescente es una noticia de alto impacto emocional, tanto para el paciente como para su entorno. El paciente puede presentar reacciones desadaptativas como; angustia, estrés y reacciones emocionales.

En los últimos años, la mejora en los tratamientos médicos contra el cáncer aumentan el número de supervivientes, abriéndose un amplio terreno de abordaje psicológico. Esto ha propiciado la creación de programas de investigación e intervención en los principales hospitales centrados en el cuidado psicológico y en el estudio de las secuelas psicológicas generadas por la enfermedad y los procedimientos.

Para mejorar su retorno a la vida normalizada, la escolarización y retomar las relaciones sociales y familiares de manera progresiva, en el Hospital Sant Joan de Déu, se constituyó un grupo terapéutico de adolescentes con diagnóstico oncológico y que presentaban síntomas de ansiedad, depresión, retraimiento, bajo rendimiento escolar y/o dificultades de relación con los iguales.

El objetivo principal era facilitar la expresión de las emociones subyacentes a sus dificultades, así como, escuchar otras realidades y recibir ayuda de sus iguales como aspecto prioritario para recuperar la sociabilización y la aceptación en un grupo. De esta manera se permite la elaboración de la experiencia traumática y la adquisición de estrategias de afrontamiento activo.

En general, la expresión verbal de las angustias de recaída de la enfermedad y los miedos a intervenciones quirúrgicas, tomaban lugar en cada sesión. La relación con los iguales, la ganancia en autonomía, el temor a lo que los demás pudieran pensar, su lugar en la familia, y el camino hacia la adultez así como la búsqueda de su propia identidad más alejada de los aspectos de la enfermedad, son otras preocupaciones comentadas y trabajadas en el grupo.

Referencias:

1. Pedreira, J.L., Palanca: “Psicooncología Pediátrica”. Paidopsiquiatría.com. 2001

Cuarta ponencia:

“Programa SENTIM®: Grupo multifamiliar de expresión emocional para pacientes con enfermedad crónica”

Jordi Juanico Sabaté

Educador Social y Psicopedagogo. Hospital de Sant Joan de Déu. Barcelona.

Las familias con alguno de sus miembros afectados por una enfermedad crónica o aguda sufren perturbaciones más o menos graves en su dinámica familiar. La expresión de las emociones en el seno de la familia se reduce a la enfermedad en concreto, dejando de lado la emoción que genera la enfermedad en cada uno de sus miembros. Los más afectados por la no expresión de los sentimientos dentro de la familia son el propio paciente y el hermano o hermanas, si los hay, y los padres.

Dada la eficacia conocida en la literatura de grupos multifamiliares en salud mental, iniciamos el Programa Sentim®, formado por un grupo de 12 familias con un miembro afecto de una enfermedad crónica derivadas de diferentes especialidades médicas en el Hospital de Sant Joan de Déu de Barcelona. El programa piloto tuvo una duración de 6 meses. La razón de la heterogeneidad médica se justifica en evitar centrar el grupo en la enfermedad y sí en los sentimientos unidos a ella que son los mismos

con mayor o menor intensidad independientemente de la patología.

Los resultados obtenidos por el Programa Sentim® muestran una mejora de la relación familiar y de sus dinámicas, una mayor aceptación de la enfermedad y adherencia al tratamiento, y una mejora en la ansiedad de cada uno de sus miembros en relación a la misma. Los diferentes profesionales que derivaron las familias al programa observaron un cambio actitudinal de los padres hacia la enfermedad y una mejor predisposición al tratamiento por partes de los pacientes.

Referencias:

1. Grau, C., Fernández Hawrylak, M. Familia y enfermedad crónica pediátrica. 2010
2. Sempere J, Fuenzalida C, Pérez A. et al. Análisis del modelo de terapia grupal multifamiliar aplicado en instituciones del sudeste español (Elche). 2014

SIMPOSIO 28. “TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS EN LA ADOLESCENCIA: VIEJOS CONOCIDOS Y NUEVOS COMPETIDORES”

Coordinador:

Javier Goti Elejalde

El Simposio abordará la realidad clínica y epidemiológica del consumo de alcohol y tabaco, las dos sustancias con un uso más prevalente en la población adolescente, así como de nuevas sustancias (cannabinoides sintéticos, bebidas energizantes) en esta población. El simposio aportará datos en base a la revisión de la literatura actualizada, a la vez que a partir de datos originales sobre investigaciones realizadas por los ponentes.

Primera ponencia:

“Aspectos diferenciales del consumo de alcohol en adolescentes y oportunidades en la intervención asistencial”

María Teresa Cortés Tomás

Profesora Titular

Departamento de Psicología Básica

Facultad de Psicología. Universitat de Valencia

A pesar de las campañas de prevención y concienciación de la opinión pública, el consumo de alcohol entre adolescentes españoles continúa siendo muy elevado aunque en los últimos dos años se aprecie una cierta estabilización del mismo, según la última encuesta ESTUDES. La alarma social generada en torno al consumo de otras sustancias como puede ser el cannabis, aunque a un nivel muy por debajo del alcohol, eclipsa en parte la realidad del consumo de esta sustancia así como la necesidad de contar con intervenciones terapéuticas en este ámbito.

Una aproximación respecto a la realidad del consumo de alcohol entre la población adolescente de nuestro país, realizada en el 2014 identifica que al menos el 68% de sujetos con edades comprendidas entre los 14 y 18 años admiten haber consumido alcohol en el mes previo a la consulta, siendo un 32% los que realizan Episodios de Consumo Intensivo durante este mismo período temporal. Esta aparente normalización del consumo de alcohol en esta población contrasta con las consecuencias que el mismo genera, al tiempo que es susceptible de afectar de forma más significativa a individuos vulnerables, por ejemplo adolescentes en seguimiento por trastornos mentales. Entre esta población, algunos estudios indican que hasta el 12% de sujetos admiten un consumo de alcohol con un patrón (por frecuencia y/o intensidad) potencialmente tributario de problemas (vinculados a conductas de riesgo o trastorno por consumo de sustancias).

Esta aparente persistencia y normalización de patrones de consumo de alcohol de riesgo en la población adolescente, siendo cada vez más notoria la incorporación de las adolescentes de menor edad (14-15 años), justifica la necesidad de implementar y difundir el conocimiento de programas de intervención aplicables tanto en el ámbito especializado (servicios de salud mental infantil y juvenil) como en otros entornos accesibles al joven usuario. En este sentido, las intervenciones que parten de estrategias de abordaje motivacional, aunque también otros modelos de intervención de corte psicoeducativo y grupal, han demostrado cierto grado de eficacia. Estas intervenciones además son susceptibles de demostrar mayor eficacia en caso de ser desarrolladas en contextos específicos, como espacios de emergencias en los que se atienden intoxicaciones, otros entornos asistenciales o incluso ámbitos académicos.

En definitiva, conocer las peculiaridades del patrón actual de consumo de alcohol por parte de adolescentes permitirá seleccionar y ajustar la mejor medida de intervención en cada caso.

Referencias:

1. Patton, R.; Deluca, P.; Kaner, E.; Newbury-Birch, D.; Phillips, T. & Drummond, C. Alcohol screening and brief intervention for adolescents: the how, what and where of reducing alcohol consumption and related harm among young people. *Alcohol Alcohol*. 2014 Mar-Apr. 49(2):207-212.

Segunda ponencia:

“Consumo de nuevas sustancias de abuso entre la población adolescente”

Dr Javier Goti Elejalde

Unidad de Conductas Adictivas en Adolescentes

Servei de Psiquiatria i Psicologia Infantil i Juvenil

Hospital Clinic Barcelona

Los datos del Observatorio Español de drogas, en sus estudios bienales sobre el consumo de sustancias en la población adolescente (ESTUDES) han registrado en los últimos 5 años una progresión del consumo de nuevas sustancias psicoactivas dentro de la población adolescente, tales como cannabinoides sintéticos, nuevos estimulantes y bebidas energizantes. Este incremento en el consumo de estas nuevas sustancias, es especialmente significativo en el caso de cannabinoides sintéticos, cuyo uso se sitúa en el 1,4% (consumo alguna vez en la vida) entre estudiantes de secundaria. Estos productos se denominan cannabinoides sintéticos por tratarse de sustancias de síntesis con propiedades químicas (por su estructura y por su capacidad de estimular los receptores cannabinoides) similares a los principios activos presentes en los derivados de cannabis naturales. El uso de estos cannabinoides sintéticos se ha vinculado a diversos efectos médicos y psicosociales adversos (toxicidad hepática y/o renal, intoxicaciones con descompensación psicótica, convulsiones).

A su vez, el consumo continuado de bebidas energizantes se ha vinculado a circunstancias de abuso, siendo de especial interés clínico el consumo de las mismas asociado a alcohol: El consumo combinado de ambas se asocia a un riesgo incrementado en de traumatismos craneales.

Dada la creciente prevalencia y difusión de uso de estas sustancias, es conveniente la actualización del conocimiento de los profesionales de salud mental infanto-juvenil sobre los efectos de las mismas. Más aun si se tiene en cuenta que el uso está más extendido entre población vulnerable (adolescentes con patología psiquiátrica), y que esta población es a su vez más vulnerable a algunas de las posibles consecuencias adversas.

Referencias:

1. Lisi DM. Designer drugs. Patients may be using synthetic cannabinoids more than you think. JEMS 2014 Sep;39(9):56-9.

Tercera ponencia:

“Abordaje de los trastorno por uso de tabaco en el adolescente; de la pasividad a la intervención”

Dr. Matias Real López

Coordinador del Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia

Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Profesor Asociado de la Universitat Jaume I.

El consumo de tabaco sigue constituyendo la primera causa de muerte prevenible en países desarrollados. Entre los factores que se reconocen como indicadores de una mayor vulnerabilidad para la transición del uso al abuso/dependencia, se encuentran el debut precoz en el consumo y la presencia de patología psiquiátrica. Atendiendo a esta premisa, la implementación y difusión

de intervenciones destinadas a la prevención y tratamiento del tabaquismo en espacios asistenciales vinculados a la salud mental infantil y juvenil constituye a la vez un reto y una responsabilidad.

Varios ensayos clínicos y revisiones sistemáticas recomiendan como estrategia inicial en estos casos la vinculación del paciente a un programa de intervención

psicosocial orientado a la deshabituación del tabaco. A la hora de considerar el inicio de una intervención farmacológica debe valorarse el nivel de motivación identificado. Los estudios desarrollados indican que en el adolescente, el empleo aislado de estrategias farmacológicas como una intervención aislada tiene una eficacia limitada. A su vez, la eficacia de determinadas estrategias farmacológicas, demostrada a corto plazo para los tratamientos sustitutivos con nicotina, el tratamiento con bupropion y con vareniclina, pero menos estable en el tiempo que en población adulta, se incrementa notablemente si se combina con intervenciones

psicoterapéuticas. Finalmente, debe tenerse en cuenta que en el paciente adolescente, un ensayo farmacológico en fases precoces, con limitada motivación, se traducirá en un fracaso terapéutico que condicione la disposición del paciente al tratamiento con la misma estrategia ensayada en el futuro.

Referencias:

1. Knudsen HK. Smoking Cessation Services in Adolescent Substance Abuse Treatment: Opportunities Missed? *J Drug Issues*. 2009 Mar;39(2):257-276

SIMPOSIO 29. ADVANCES IN ADHD (TDAH) RESEARCH

Chairperson:

Prof. Dr. Joseph Biederman, MD

First presentation:

“Deficient Emotional Self Regulation in the Context of ADHD”

Prof. Dr. Joseph Biederman, MD

Chief, Clinical and Research Programs in Pediatric Psychopharmacology and Adult ADHD;

Director, Bressler Program for Autism Spectrum Disorders;

Massachusetts General Hospital

Boston, MA USA

Deficient emotional self-regulation (DESR) refers to deficits in regulating emotions, difficulties stopping inappropriate behavior in response to strong emotions, and problems handling strong emotions. It manifests itself in individuals as low frustration tolerance, impatience, and quickness to anger, as well as being easily excited in response to emotional reactions. DESR is distinct from a mood disorder and differs from the persistent and severe aggressive irritability often seen in bipolar disorder. Unlike DESR, mood disorders are defined by abnormal mood and not its regulation. The difference between DESR and mood instability of bipolar disorder is of particular importance given that these two disorders respond to different pharmacologic treatments. To further characterize DESR in adults with ADHD, we analyzed data from a large study of adults with and without ADHD. Subjects were 206 adults with

ADHD and 123 adults without ADHD from a family study of ADHD. They were assessed for emotional impulsivity psychiatric comorbidity, quality of Life, and psychosocial functioning. We found that 61% of our sample of adults with ADHD had DESR and its presence was associated with significant adverse effect on quality of life. In conclusion, our study found that DESR in adults with ADHD is very common and it is associated with lower quality of life and worse social functioning, including elevated rates of traffic accidents and arrests, suggesting that DESR is an important aspect of the clinical picture of ADHD that is important to identify and remedy. The differential diagnosis between mood disorders and DESR has received very little attention in the clinical and scientific literature. This presentation will provide details on how to differentiate these two very distinct clinical entities.

References:

1. Surman CB, Biederman J, Spencer T, et al. Deficient emotional self-regulation and adult

attention deficit hyperactivity disorder: a family risk analysis. *Am J Psychiatry* 2011;168(6):617-623.

Segunda ponencia:

“Necesidades inadecuadamente cubiertas en el abordaje del paciente con TDAH”

Javier Quintero, MD

Servicio de Psiquiatría

Hospital Universitario Infanta Leonor

Madrid, Spain

El abordaje de los pacientes con TDAH debe cubrir las necesidades particulares de cada paciente y su entorno, ya que la presentación clínica de cada caso, y la disfunción asociada varía de un paciente a otro. En este sentido las comorbilidades encabezan los objetivos terapéuticos, pero mas allá de los trastornos comorbidos surgen otras necesidades para los pacientes y su entorno que deben ser tenidas en cuenta.

La presentación informará sobre la evaluación realizada de la atención de los pacientes con TDAH desde las perspectivas del profesional, la familia y el propio paciente para de esa manera definir un concepto de abordaje global. En el caso de las familias se analizaron las respuestas de 38 cuidadores principales mediante una entrevista semiestructurada. En el caso de los pacientes, mediante una metodología similar se evaluaron las respuestas de 28 adolescentes con TDAH en lo relativo a su percepción del problema. Y para la perspectiva de los profesionales se evaluaron 720 casos atendidos.

Los resultados indican que los pacientes mantenían las dificultades en el trabajo escolar en el 96% y un 75% referían tener problemas de relación con los iguales. En el caso de los cuidadores el 54% referían una respuesta completa con el tratamiento planteado, pero este

porcentaje bajaba al 29% cuando el paciente presentaba alguna comorbilidad. Para la mayoría de las familias referían un exceso de dificultades para llegar a conseguir un diagnóstico completo, lo que prolongaba hasta mas de 2 años de media, desde el debut de las disfunciones asociadas al TDAH y el conseguir un diagnóstico adecuado. En el caso de los profesionales se observó que el 27% de los pacientes estaban globalmente controlados con el tratamiento propuesto. Entre los factores que mejor se correlacionaban con el éxito terapéutico estaban no la presencia de comorbilidades y la buena implicación familiar, así como la adecuada adherencia al tratamiento.

En conclusión, el TDAH es un trastorno que ensombrece el pronóstico funcional del paciente que lo padece, es por ello que los mayores esfuerzos deben ser planteados para el control de esta dolencia.

References:

1. Fridman M; Banaschewski T. Harpin V; Quintero J.; Chem K. Patient, Caregiver and Treatment Factors Associated with Medication Satisfaction Among Treated Patients in the Caregiver Perspective on Pediatric Adhd (Cappa) Study in Europe. *Value Health*. 2015 Nov;18(7):A413.

Third presentation:

“Clinical, neuropsychological & treatment outcome characteristics of children with ADHD, and frequency of symptoms vs. healthy controls”

Cesar Soutullo, MD

Department of Child & Adolescent Psychiatry Unit

Department of Psychiatry and Medical Psychology

University of Navarra Clinic. Pamplona, Spain

Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) may have different course depending on baseline biological and environmental characteristics. Our objective is to describe our outpatient naturalistic sample of 519 children with ADHD at the University of Navarra Clinic, Pamplona, Spain. We reviewed clinical, neuropsychological and treatment outcome characteristics and frequency of ADHD symptoms in patients vs. 134 healthy controls. Controls in our Healthy Child Pediatric Clinic completed the parent-rated ADHD-RS. We compared frequency of symptoms and used ROC curve analysis with patients, evaluated by a trained Child & Adolescent Psychiatrist with a K-SADS-interview-template for baseline symptoms, comorbidity, course of illness (CGI at endpoint) and endpoint medication dose. Patients also had neuropsychological testing, (WISC, CPT & Stroop). Mean (+SD) age of patients was 11.4+3.3 years old (79% male), only 31.1% were free of comorbidity. Baseline CGI-S score was 4.35+0.6. Baseline ADHD-RS was: 31.1+9. There

was 2.63 years delay from onset to diagnosis. 79.8% of patients treated with methylphenidate (MPH) had full remission of symptoms (mean dose: 1.20 mg/kg/d). Good response to MPH was associated with clinical factors (absent comorbidity with ODD or depression, low scores in two ADHD-RS items); and neuropsychological factors (higher Total IQ). 59% of controls (mean age 10.16+2.9 years, 47% male), had 0 ADHD symptoms (score>2 on ADHD-RS), 14.9% had 1 symptom, 7.5% had 2 symptoms, 11.9 had 3, 4 or 5 symptoms, and only 6.6% had >6 symptoms of ADHD. Only the inattention subscale discriminated between patients and controls using ROC analysis (AUC=0.973914).

References:

1. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry* 164:942–948.

SIMPOSIO 30. PSYCHIATRIC, COGNITIVE, LEGAL, AND PUBLIC HEALTH CHALLENGES FACING REFUGEE CHILDREN: AN INTEGRATED APPROACH

Chairperson:

W. John Thomas, JD, LLM, MPH

First presentation:

“The Legal and Public Health Challenges Facing Refugee Children”

W. John Thomas, JD, LLM, MPH

*Quinnipiac University Schools of Law and Medicine
Hamden, Connecticut, USA*

We begin our symposium with video clips of interviews we conducted along the US/Mexico border. In these conversations, immigrants, would-be immigrants, and deportees discuss their aspirations, fears, and health concerns and present compelling narratives of forced immigration. They convey a will to overcome obstacles, but identify realistic expectations in light of the legal and public health challenges they face. We will use these narratives as a backdrop to our substantive presentations.

We also present an international comparison of

immigration laws, with a particular focus on laws that affect refugees. We begin with the 1951 United Nations Refugee Convention and its related 1967 United Nations Protocol. We then survey in regions with the greatest refugee crises, including those of Europe, the Middle East, and the US. With respect to the US, we emphasize the legal treatment of “unaccompanied minors” from countries non-contiguous with the US.

Our legal research reveals that legal status and immigration possibilities vary dramatically from country

to country and time to time. Although most country's legal codes embrace the United Nations definition of "refugee," related laws implement this charge in very different manners, resulting in unpredictable immigration outcomes. In the US, in particular, the vicissitudes of politics also generates unpredictable outcomes.

This presentation concludes by observing that refugee expectations are often incompatible with available legal solutions and public health resources. This tension has particular consequences for refugee children, which our

other panel members address.

References:

1. Hocking, D. C., Kennedy, G. A., & Sundram, S. (2015). Mental Disorders in Asylum Seekers: The Role of the Refugee Determination Process and Employment. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(1), 28-32. doi: 10.1097/NMD.0000000000000230

Second presentation:

"The Cognitive Challenges Facing Refugee Children"

Caleb Thomas

Neuroscience student, Brown University, USA

This presentation reviews the existing literature concerning the neuroscience implications for children in families who experience forced immigration.

Studies suggest that refugees, populations in need of and seeking asylum, and those undergoing refugee application processes present much higher for a variety of mental disorders including Major Depressive Disorder and Post Traumatic Stress Disorder. Many of these disorders exhibit great levels of comorbidity among refugee populations. Those suffering from any number of these disorders, however, show, on average, improvement in mental health condition after achieving asylum in a more secure environment.

While mental health shows improvement within these populations, memory accuracy often does not; details in recall from countries of origin within refugees have been shown to deteriorate significantly (up to 65%) within a time span of half a year. Memory accuracy and mental health have shown to be correlated with rights granted

(work, living, etc) and asylum acceptance—rejecting refugees, or denying them certain rights has been suggested to decrease average mental health levels and quality of life.

Age also plays a very important factor in refugee quality of life after being relocated. People under 16 years of age present with better overall improvement in mental health after being relocated and better subsequent recall for memories regarding transit and events occurring in their place of origin, while those over 40 presented worse overall for mental health and recall after relocation.

References:

1. Weine, S. M., Vojvoda, D., Becker, D. F., McGlashan, T. H., Hodzic, E., Laub, D., ... & Lazrove, S. (1998). PTSD symptoms in Bosnian refugees 1 year after resettlement in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 155(4), 562-564. doi: 10.1176/ajp.155.4.562

Third presentation:

"Families"

Dorothy E. Stubbe, MD

Associate Professor and Program Director

Yale Child Study Center

Yale University School of Medicine. New Haven, Connecticut, USA

As children and families throughout the world have been forced to leave their homes and countries-of-origin to flee war, persecution, or economic hardship, many present with complex mental health and basic living needs. Developmentally vulnerable, children often suffer the most. Understanding the risk and resilience factors for mental health disorders provides a framework for assessing the needs of refugees. This presentation discusses factors related to needs assessment, culturally sensitive engagement, and treatment effectiveness for this population of vulnerable individuals.

The presentation begins with a review of the literature regarding refugee mental health needs and effective evidence-based interventions is supplemented by clinical vignettes. The literature reveals that children and families forced to flee their homes and migrate to a new country and a new culture are at high risk for stress-related disorders, such as post-traumatic stress disorder, depression and anxiety. Identifying culturally-sensitive supports and having basic needs, such as housing, food, clothing, and healthcare, met, may do much to alleviate the

psychiatric disability. In addition, engagement through an understanding of beliefs and values and joint goal-setting forms the basis for therapeutic interventions. Evidence-based psychotherapies and psychopharmacology may be indicated.

The presentation concludes by observing that refugee children and families often present with complex mental health needs, which may be exacerbated by ongoing stress and lack of basic needs (such as housing, food, clothing, etc). It is essential to engage children and families around their identified values and goals in order to provide effective interventions.

References:

1. Weine, S. M., Vojvoda, D., Becker, D. F., McGlashan, T. H., Hodzic, E., Laub, D., ... & Lazrove, S. (1998). PTSD symptoms in Bosnian refugees 1 year after resettlement in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 155(4), 562-564. doi: 10.1176/ajp.155.4.562

SIMPOSIO 31. THE FUTURE OF TRAINING: INTERNATIONAL OPPORTUNITIES AND PARTNERSHIPS

Chairperson:

Paramjit T. Joshi, MD

Endowed Professor & Chair

Department of Psychiatry & Behavioral Sciences

Children's National Medical Center

George Washington University School of Medicine. Washington, DC, USA

Past President

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry

This symposium describes the experience of exchange between training programs and institutions in Valparaiso, Chile and Washington DC, USA. Discussion will include our model for international partnership and diversifying trainees understanding of the cultural factors influencing mental health in an increasingly globalized world. The presenters explore the benefits of international exchange program as a catalyst for new initiatives in training programs and mental health institutions".

First presentation:

“Sharing professional paradigms in two distant cities: Washington and Valparaiso”

Hector Parada, MD

Georgetown University School of Medicine

John L. Gildner Regional Institute for Children and Adolescents, Rockville, MD, USA

The shortage of psychiatrists and mental health workers specializing in pediatric populations is a global phenomenon, but it is more dramatic in low-to-middle-income countries. Confronted with increasing demand for mental health treatment and the burden of disabilities related to psychiatric illnesses among youth, societies across the globe are trying to build capacity in mental health through psychiatric training. As Gregory Fricchione argues, “The development of global mental health divisions within academic medical centers provides a framework for capacity building ... Adapting such efforts locally to the areas of care most needed will be essential.”

Chile, a middle income country, is poor by US standards. Yet it presents similar challenges in child and adolescent mental health. In both countries, growing demand for psychiatric and mental health services in the general and pediatric populations is coupled with a limited mental health workforce.

Since 2012, seven child trainees from Valparaiso have rotated for two months in the Washington institutions.

They have spent time on inpatient units, consult-liaison programs, school and residential programs, out-patient services and programs treating mood disorders, autism, ADHD, gender variance, and immigrant populations. Faculty from Washington and Valparaiso have visited their counterpart institutions and given talks. A dynamic dialogue about new initiatives has developed. Valparaiso implemented a program for collaboration with primary care institutions based on similar programs in the United States. It launched an inpatient unit inspired by units in Washington.

This presentation contrasts the realities of child and adolescent mental health in the two cities and explains how international partnerships can build capacity to meet global mental health demands.

References:

1. G. L. Fricchione et al. [2012] “Capacity Building in Global Mental Health: Professional Training,” *Harvard Review of Psychiatry*; [January/February 2012].

Second presentation:

“The Development of a Child Psychiatrist: Why is Cross Cultural, Bi-directional Training so Important?”

Lisa Cullins, MD

Children's National Medical Center

Associate Professor, Psychiatry, Georgetown University School of Medicine. Washington, DC, USA

The 2010 Global Burden of Disease Study showed that mental disorders account for 7.4% of the world's burden of health conditions in terms of disability-adjusted life years and nearly a quarter of all years lived with disability – more than cardiovascular diseases or cancer (Patel 2014). Access and quality of mental health

care is a global issue. A global workforce shortage is one of the major contributors to poor access to mental healthcare for children and adolescents. In the US alone, it is estimated that 30,000 child psychiatrists are required to meet the needs of children and adolescents and their families but we currently have less than 9,000.

In most countries in the world 9,000 child psychiatrists would certainly be a luxury or may seem even to be an over abundance. For well over a decade, Children's National has been committed to providing international exchange training programs for both adult and child psychiatrists across the globe. The goal of this type of training experience is to enhance and enrich the skills of the psychiatrist with the hopes that the clinician can share and integrate these clinical pearls in their country of origin. The enhancement and enrichment processes are bidirectional. Having a cultural, global perspective integrated into the intricacies of a child and adolescent psychiatrist's training experience have a profound impact on the training and development of both the fellows at Children's and the International fellows.

This presentation will provide a historical perspective of the development of the International Exchange program at Children's, review the structure and clinical experience that the International trainees receive and discuss how this bidirectional learning experience impacts both the international and host program trainees and their respective training programs.

This International Exchange Program has been very well received by both the international and host program trainees and their respective training programs. The magnitude of the impact of emotional health and well-being of children and adolescents on their life trajectories cannot be understated. Developing International Exchange Training programs can sharpen the clinical acumen of clinicians across the globe. These highly skilled clinicians in turn can integrate their knowledge learned into effective, sustainable mental health service delivery models and treatment approaches for children and adolescents in their country of origin.

References:

1. Patel V, Sci F, Saxena S. Transforming lives, enhancing communities – innovations in global mental health. *N Engl J Med* 2014; 370(6): 498-501
2. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). Workforce Solutions. May 2013

Third presentation:

Formando Psiquiatras para Chile: Misión local y visión global"

Prof. Dr. Luis Alberto Dueñas

Psiquiatra Infanto Juvenil/ Hospital Del Salvador Valparaíso, Chile.

Dra. Constanza Morales

Psiquiatra Infanto Juvenil, Hospital Del Salvador Valparaíso, Chile.

Dr. Marcelo Briceño

Hospital Del Salvador Valparaíso, Chile.

La formación y practica de especialistas en psiquiatría infantojuvenil en Chile y el desarrollo de los equipos de salud mental, ha sido muy centralizado en la capital, no logrando cubrir las necesidades del resto del país. La carencia de profesionales, especialmente en regiones, se hace más evidente como consecuencia del aumento de la prevalencia de patologías de salud mental infantojuvenil, como lo demostró Vicente y cols.(2012).

En el año 2008 se inicia el desarrollo del primer programa de la especialidad de la región de Valparaíso, con el apoyo de la Universidad de Valparaíso y se crea la primera unidad de salud mental InfantoJuvenil, con la

doble misión de formar especialistas para la región y de desarrollar programas de salud, que permitiera disminuir la brecha de atención de niños y jóvenes con problemas de salud mental.

El programa de formación de especialistas desarrollado destaca a nivel nacional por su énfasis en la salud mental con enfoque comunitario y de salud pública, como también por ofrecer una formación con una mirada global. Esto fue logrado gracias a que desde su inicio el programa incorpora la adquisición de conocimiento y experiencias internacionales para adaptarlas a la realidad local, estableciendo intercambio con otros centros

formadores en EEUU.

Los asistentes serán capaces de describir la situación de la salud mental infantojuvenil en Chile en términos de prevalencia y funcionamiento, así como las características de un programa de formación de especialistas que incorpora experiencias internacionales para integrar el aprendizaje en beneficio de su población. Podrán también utilizar la información presentada en esta exposición para promover el desarrollo de programas de

formación de especialistas de características similares. Finalmente, espera motivar el intercambio entre distintos centros de formación, con el fin de enriquecerse en una colaboración mutua.

Referencias:

1. Vicente y col. Salud Mental Infantojuvenil en Chile y brechas de Atención Sanitarias. Revista Médica de Chile, 2012; 140:447-457.

Fourth presentation:

“Creciendo en la colaboración: experiencia de aprendizaje entre programas de formación”

Beatriz Ortega M. MD

*Psiquiatra infanto juvenil, Unidad Infanto Juvenil
Hospital del Salvador, Valparaíso, Chile*

La literatura ha descrito el impacto de factores socioculturales, raza, etnicidad en la salud y en las prácticas clínicas; ya que los pacientes presentan distintas perspectivas, valores, creencias y comportamientos con respecto a su salud y su cuidado. Las diferencias socioculturales entre pacientes y tratantes pueden influir en la comunicación y en las decisiones clínicas.

La experiencia de intercambio en el extranjero dentro de programas de formación de especialidades médicas, expone al estudiante a distintas maneras de ejercer la medicina; considerando que las diversas culturas en distintos contextos, determinan la variación en la aplicación de las prácticas clínicas. Por todo esto, surge en el año 2011, la iniciativa de implementar un plan de intercambio entre el Programa de Psiquiatría Infanto Juvenil de la Universidad de Valparaíso, Chile y distintos centros clínicos de Estados Unidos.

Esta presentación describirá el intercambio de docentes y residentes del Programa de Formación de Psiquiatría Infanto juvenil de la Universidad de Valparaíso, Chile y Washington DC, USA; utilizando una metodología descriptiva cualitativa, en la cual se considerará las características de cada uno de los participantes y la aplicación de una evaluación cualitativa, aplicando la Matriz FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas), en un periodo de marzo del 2012 a mayo del 2015.

Los asistentes tendrán la oportunidad de conocer esta

experiencia, que enriquece la formación del especialista, genera una instancia de aprendizaje única, provee exposición a diferentes sistema de salud y permite crear vínculos colaborativos transculturales; junto con ampliar la mirada en la comprensión integral del paciente y su entorno. Esperamos que los participantes puedan replicar esta experiencia colaborativa y que a futuro se genere un intercambio continuo, sumando otros centros de colaboración, cursos online y congresos en conjunto, que fortalezcan aun más el lazo creado.

Referencias:

1. Training Child and Adolescent Psychiatrists to Be Culturally Competent
2. Ayesha I. Mian, MDa, *, Cheryl S. Al-Mateen, MD, DFAPAb, Gabrielle Cerda, MD
3. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 19 (2010) 815–831 doi:10.1016/j.chc.2010.08.004
4. 1056-4993/10/\$-
5. Child and Adolescent Psychiatry Training A Global Perspective
6. Ayesha I. Mian, MDa, *, Gordana Milavic, MD, FRCPSYCHb, Norbert Skokauskas, MD, PhDc
7. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 24 (2015) 699–714 <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2015.06.011>
8. 1056-4993/15/\$ –

SIMPOSIO 32. PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN TRASTORNOS EMOCIONALES EN ADOLESCENTES

Presidenta:

Dra. Ángela Magaz, PhD

Primera ponencia:

“Prevalencia de los trastornos emocionales y transdiagnóstico en adolescentes. Un meta análisis”

Ángela Magaz, PhD

*Directora del Grupo ALBOR-COHS. Psicólogos Consultores
Bilbao, España*

El transdiagnóstico constituye un modo de entender las situaciones de trastorno en las que se puede encontrar una persona en su vida, que pretende superar el modelo psicopatológico clásico, especialmente en el ámbito de las situaciones de trastorno emocional. En esta ponencia se proporciona una revisión sobre el transdiagnóstico como nueva perspectiva en el campo del análisis de los trastornos emocionales en la adolescencia y su aplicación a la Psiquiatría y la Psicología Clínica. Se debatirán los fundamentos conceptuales y las implicaciones para la evaluación y la intervención clínica.

Un método formal y sistemático de evaluación transdiagnóstica lo constituye el Protocolo Magallanes de Evaluación Psico-Educativa, que incluye variables propias de la persona en evaluación, en este caso adolescente, y de los contextos influyentes en su situación emocional: la familia, el centro educativo y los iguales. Todos los instrumentos se fundamentan en el modelo conceptual cognitivo-conductual integrado (C.C.I., que toma en cuenta tanto las respuestas cognitivas, como las emociones y los comportamientos instrumentales) cuya base de partida lo constituye el Modelo de Campo propuesto por J.R. Kantor como

modelo explicativo de la conducta humana.

Este Protocolo incluye test psicométricos y conductuales, dotados de validez de contenido y de constructo, de acuerdo a las recomendaciones del experto en psicometría, Profesor de la Universidad de Brasilia, Luiz Pascuali. La evaluación transdiagnóstica implica una recogida secuencial y selectiva de datos psicométricos y conductuales, referidos tanto al sujeto en evaluación (habilidades, actitudes, aptitudes, estados emocionales,...) como a los entornos en los que se desarrolla, familiar y escolar.

Se revisará la información disponible en las bases de datos Medline, Psyclit y Mendeley, referida a estudios publicados en los últimos 5 años. Basándonos en ellos se identificarán las características cognitivas, emocionales y de historia de aprendizaje, comunes a los adolescentes con trastornos de ansiedad.

Referencias:

1. De la Barra, F. (2009). Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 47(4), 303-314.

Segunda ponencia:

“Aplicaciones y resultados de un programa sistemático de autogestión emocional para adolescentes con perfeccionismo e hiperexigencias”

Dña. M^a Luisa López Martínez

Psicóloga Clínica

Consultora en el Grupo ALBOR - COHS

La adolescencia constituye un momento de la vida en el que se producen cambios rápidos y múltiples, afectados por la historia de vida de cada persona y las valoraciones de los educadores, tanto docentes como familiares; todo ello justifica la cantidad de estudios que pretenden buscar las variables que favorecen la adquisición y mantenimiento de valores y hábitos adaptativos

AVANCEMOS es la denominación de un programa formal y sistemático de autogestión emocional, dirigido a población adolescente. Este programa proporciona materiales para enseñar a los adolescentes, de modo sistemático, a:

1. Relacionarse de manera eficaz
2. Aumentar la seguridad en ellos mismos
3. Adquirir unos valores que favorezcan una actitudes de respeto a las peculiaridades propias y ajenas

La aplicación del AVANCEMOS tiene diversas finalidades:

1. Dotar a los adolescentes de un repertorio amplio de habilidades instrumentales, cognitivas y control emocional, que puedan utilizar para mejorar la calidad de sus relaciones sociales; de manera muy

concreta, para resolver o prevenir problemas o dificultades en sus relaciones con otras personas.

2. Desarrollar en los adolescentes una actitud ética de respeto a los derechos de los demás y a los suyos propios.
3. Lograr la adquisición y consolidación en los adolescentes de un sistema de valores que guíe su comportamiento social en forma tal que estén decididos a respetar a los demás, evitando producirles daños o perjuicios.
4. Conseguir reducir la frecuencia e intensidad de interacciones agresivas entre los adolescentes, tanto en el ámbito escolar como fuera de él.
5. Conseguir aumentar la frecuencia e intensidad de interacciones adecuadas

Todo ello se concreta en un paquete de unidades didácticas de aplicación flexible.

Referencias:

1. Gandarias, A. y otros. AVANCEMOS Programa de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes. COHS, Consultores en Ciencias humanas, Bilbao, 1999

Tercera ponencia:

“Entrenamiento a familias y docentes para comprender y ayudar a los jóvenes a superar trastornos emocionales”

Prof. E. Manuel García Pérez.

Psicólogo Clínico y Educativo

Grupo ALBOR-COHS

Solamente es posible enseñar aquello que se conoce. Los padres y madres, así como los/as profesionales de la enseñanza, repletos de buenas intenciones con sus hijos/

as y alumnos/as, les dicen lo que tienen, deben o “hay que” hacer..., considerando que esto es suficiente para que aprendan.

Sin embargo, no les enseñan cómo hacerlo y se frustran cuando comprueban que en la adolescencia no actúan como esperaban; entrando en un bucle de apercebimientos, críticas y recriminaciones que favorecen el malestar de todos los miembros de la familia.

En el desarrollo de esta ponencia se plantearan alternativas a estos planteamientos, proponiéndoles como guiarles para enseñarles:

A tomar decisiones y asumir las consecuencias de las mismas,

A pensar de tal manera que puedan estar tranquilos al expresar sus sentimientos, cuando cometen un error, tiene una peculiaridad física, no saben algo, tienen gustos u opiniones diferentes a las de los demás y a decidir la importancia de lo que sucede.

Estos mismos recursos permiten a las familias y docentes a mantener la calma mientras los adolescentes

aprenden y favorece, además, que puedan disfrutar en el proceso que hasta ahora se constituía una fuente de malestar para las familias y docentes.

El protocolo “PADEFES” constituye un método formal y sistemático para facilitar a padres y los recursos necesarios para desempeñar su tarea educativa con la mayor seguridad y eficacia posibles. A lo largo de varias semanas los destinatarios van recibiendo diversas informaciones, en forma de asesoramiento y orientación PsicoEducativa, las cuales pondrán en práctica en su vida cotidiana durante los periodos de tiempo que transcurran entre las diversas sesiones formativas.

Referencias:

1. García Pérez. “PADEFES” Padres eficaces con entrenamiento sistemático. COHS, Consultores en Ciencias humanas, Bilbao, 2011

SIMPOSIO 33. THE COLLABORATION OF CARE FOR MEDICALLY ILL CHILDREN WITH CO-MORBID PSYCHIATRIC CONDITIONS

Chairperson:

Maalobeeka Gangopadhyay, MD

First presentation:

“Addressing Psychiatric Conditions in Medically Hospitalized Children: An Inpatient Model”

Maalobeeka Gangopadhyay, MD

Assistant Professor of Psychiatry

Program Medical Director, Pediatric Psychiatry Consultation-Liaison Service

Department of Psychiatry, New York Presbyterian-Columbia University Medical Center

New York City, New York, USA

There is a shortage of research in the area of delirium in children, a syndrome that is under recognized. Current studies identify the prevalence of delirium in pediatric medical settings to range from 5 to 47% with one study identifying a 20% mortality rate in children diagnosed with delirium. Diagnostic assessment requires collaboration with families, nursing, and medical providers to know the baseline characteristics, to understand the changes seen during hospitalization, and to track the medical course of the child. This requires a multidisciplinary approach to identify and treat delirium and for the team to consider co-

morbid psychiatric diagnoses confounding presentation and making assessment challenging. Without the collaboration of the systems around the child, delirium diagnosis and treatment planning is hindered. This can potentially lead to increased morbidity and mortality as a result of untreated brain dysfunction.

Many times it is the Consultation Liaison Psychiatrist who choreographs such intervention. This presentation will discuss the importance of addressing delirium within a developmental framework especially for children who have developmental delays or other co-morbid

psychiatric conditions that may confound the mental status examination. Through a case based example, I will illustrate the course of a child with selective mutism and congenital heart disease, who developed delirium after her cardiac transplant. I will illustrate how her selective mutism made the diagnosis of delirium a challenge and how the collaboration of her family, medical and psychiatric teams lead to the identification of it. The participants will learn a model of collaboration between medical teams specifically for assessment and

management of delirium and how the psychiatric care of medically ill children can seamlessly transition between inpatient and outpatient mental health teams.

References:

1. Silver G, Kearney J, Traube C, et al. Pediatric delirium: evaluating the gold standard. *Palliat Support Care*. 2015 Jun;13(3):513-6. doi: 10.1017/S1478951514000212. Epub 2014 Apr 24

Second presentation:

“Model of Collaborative Care for Outpatient Mental Health Care in Children and Adolescents Addressing Psychiatric Conditions in the Medically Ill: An Outpatient Collaborative Model”

Alexandra Canetti, MD

Program Medical Director, Special Needs Clinic

*Assistant Professor of Psychiatry at New York Presbyterian Hospital-Columbia University Medical Center, United States
New York City, New York, USA*

An estimated 13-20% of children living in the United States are living with a mental disorder in any given year, and annual expenditures for their treatment amounts to about \$247 billion nationally. It is known that children with chronic illnesses are at a higher risk for learning, behavioral, and emotional problems, and that treatment for these co-morbidities can increase medical adherence and provide children and families with greater quality of life. Little has been studied in regards to the effects of evidence based mental health treatments in children with mental health and chronic medical needs. The conclusion of available studies in this area is the need for coordinated mental health and medical care for children with chronic illnesses and mental health disorders. A cross-disciplinary, developmentally appropriate style is taken in the treatment of patients, with psychiatric, social work, and psychological services all in one location within the hospital setting. This presentation will focus on the coordination and collaboration of outpatient psychiatric services with medical providers

for chronically ill children and adolescents. Clinical case examples from the Special Needs Clinic, an outpatient family based mental health clinic in New York City, will be used to illustrate application of a collaborative care model. We will highlight the importance of building and maintaining relationships between primary care providers, subspecialties and mental health care providers. The participants will learn of a team approach resulting from collaborative care while at the same time supporting patients, patients' families and providers in the medical and mental health treatment of medically ill patients.

References:

1. National Research Council and Institute of Medicine. (2009). Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: progress and possibilities. Washington, DC: The National Academic Press.

Third presentation:

“Supporting Adherence to Medical Treatment: A Psychiatry Based Model”

Tricia Lipani, PhD

Senior Psychologist, Special Needs Clinic

Assistant Professor of Clinical Psychology (in Psychiatry) at New York Presbyterian Hospital-Columbia University Medical Center

New York City, New York, USA

Children and adolescents living with chronic medical conditions like cancer, diabetes, renal failure, gastrointestinal disorders and HIV have great difficulty completing proposed treatment regimens, including complicated medication regimens, dietary requirements, and frequent medical appointments. High rates of non-adherence suggest that many pediatric chronic health conditions are under-treated relative to recommended standards of care, leading to greater illness-related symptoms, complications, healthcare utilization, and decreased quality of life. With patients spending increasingly less time in hospitals, intervention methods that link families and medical providers are essential. This presentation will describe a psychiatric-based model that supports adherence to prescribed treatment regimens in patients with psychiatric symptoms that interfere or are exacerbated by the patient's chronic health condition while also treating family members. With the exception of home- and school-based interventions, the intervention setting has not been readily examined in the pediatric or psychiatric literature. The structure of a general pediatric psychiatry clinic presents barriers to providing care for patients living with a chronic health condition, such as same-time, weekly appointment scheduling. A consultation-liaison subspecialty pediatric psychiatry

clinic allows for flexible scheduling around medical appointments, and has staff members that understand common barriers to adherence to recommended treatments and recognize the importance of building and maintaining relationships with medical providers for optimal patient care. Pediatric patients with a chronic health condition and their families are able to obtain psychiatric treatment, including support for adherence to the recommended management of their condition, from a pediatric psychiatry subspecialty clinic. Participants will learn of a model of collaboration between pediatric psychiatry and subspecialty medical teams specifically in the role of promoting adherence to the child's recommended medical regimen. Collaboration among medical and mental health providers improves patient care, reduces logistical barriers to treatment and morbidity, and increases patients' and families' quality of life.

References:

1. Kahana, S., Drotar, D. & Frazier, T. (2008). Meta-analysis of psychological interventions to promote adherence to treatment in pediatric chronic health conditions. *Journal of Pediatric Psychology*, 33, 590-611.

Fourth presentation:

“Bumps in the Road: Barriers to Care”

Adriana Rego, MD

Attending Psychiatrist, Outpatient Psychiatry Department

Assistant Professor of Psychiatry at New York Presbyterian Hospital-Columbia University Medical Center,

Adjunct Assistant Professor NYU Child Study Center

New York City, New York, USA

While receiving treatment for an acute or chronic illness, a child or adolescent patient may be treated by a number of medical providers in multiple settings, including inpatient, psychiatric or medical, and outpatient. The importance of coordinating between the psychiatric and medical teams in both the inpatient and outpatient setting to improve health outcomes has been increasingly emphasized over the last few decades. However, the evaluation of how to effect a successful transition between these settings has not been examined in as much detail. Hand-offs allow for an opportunity to ask and respond to questions in order to minimize misunderstandings, however they can also be characterized by communication failures and environmental barriers. This presentation will use case examples to showcase obstacles that can interfere with the hand-off between psychiatric and medical teams and the consequent challenges in helping patients to continue their treatment in the safest way. By using a case example I will also demonstrate other specific difficulties faced when a patient is transferred between various

multidisciplinary teams. Additionally, important areas of focus for the future will be discussed. Participants will learn about the practical challenges faced in attempting to sustain a collaborative care model between treatment teams after discharge. While coordination between inpatient and outpatient teams improves health outcomes for children, adolescents and families maintaining this collaboration between treatment teams and across treatment settings and disciplines, remains a challenge. By examining some of the barriers faced in specific cases we can begin to establish guidelines on how to prevent these and other issues from reemerging in the future.

References:

1. Gelfand, K., Gefken, G, Lewin A., Hiedgerken, A., Grove, M., Malsanos, T. Silverstein, J. (2004) An Initial Evaluation of the Design of Pediatric Psychology Consultation Service with Children with Diabetes. *Journal of Child Health Care*, Vol 8(2) 113123.

SIMPOSIO 34. AUMENTO DE PESO CON ANTIPSICÓTICOS ¿QUÉ SABEMOS? ¿CÓMO SE PUEDE EVITAR?

Presidente:

Dra. Inmaculada Baeza, MD, PhD

El aumento del uso de antipsicóticos (AP) en niños y adolescentes ha sido muy elevado en la última década en todo el mundo (Fraguas y cols., 2011; Olfson y cols., 2012), principalmente a expensas del tratamiento en trastornos no psicóticos (Baeza y cols., 2014). Algunos estudios sugieren que los niños y adolescentes tienen más vulnerabilidad a tener un aumento de peso con estos fármacos, que es mayor en los más pequeños (Martínez-Ortega y cols., 2013). Este aumento de peso se ha asociado a diabetes, dislipemia e hipertensión (Correll y cols., 2009), así como a otras consecuencias físicas y psicológicas, que impactan de forma negativa en estos niños y adolescentes, disminuyendo su calidad de vida y afectando a la adherencia terapéutica. Este simposium se enmarca dentro de un estudio de seguimiento a un año de niños y adolescentes que iniciaban tratamiento con AP, que se llevó a cabo en diversos servicios de Psiquiatría infanto-juvenil en España. Se realizarán tres ponencias que revisarán la literatura actual sobre el tema y darán a conocer datos de este estudio.

Primera ponencia:

“El síndrome metabólico en niños y adolescentes en tratamiento con antipsicóticos”

Dra. Covadonga Díaz Martínez-Caneja, MD, PhD

*Servicio de Psiquiatría infanto-juvenil, Hospital Gregorio Marañón
CIBERSAM, Madrid, España*

Se estudiaron 279 pacientes que no habían tomado nunca antipsicóticos (AP) o que los tomaron menos de 30 días y 15 controles sanos, apareados por sexo y edad. Se midieron a nivel basal, al mes, 3 y 6 meses varios parámetros: peso, IMC (relación peso y talla), zIMC (IMC en relación a la población general según sexo y edad), cintura abdominal, presión arterial y niveles de glucosa, insulina, colesterol y triglicéridos. Resultados: 88.8% de la muestra tomaron un solo AP (risperidona, quetiapina u olanzapina) y completaron al menos dos visitas. Los diagnósticos más frecuentes en los pacientes fueron: trastornos del espectro de la esquizofrenia (44,5%), trastornos afectivos (23,2%) y trastornos disruptivos (17,3%). Desde la evaluación basal a los seguimientos, todas las medidas aumentaron de forma significativa con los distintos AP; a los 6 meses:

risperidona (7,1 kg y 0,66 de zIMC), olanzapina (11,5 kg y 1,08 de zIMC) y quetiapina (6,3 kg y 0,54 zIMC), pero no en los controles sanos (0,11 kg y 0,006 de zIMC). Algunos parámetros aumentaron de forma significativa con risperidona (glucosa, insulina, resistencia a la insulina y triglicéridos) y olanzapina (glucosa, colesterol total, y colesterol LDL), pero no con quetiapina ni en los controles sanos. Los pacientes considerados “de riesgo” de problemas de salud aumentaron durante los 6 meses de seguimiento del 8,9% al 29,2% para risperidona y del 6,8% al 38,1% para olanzapina.

Conclusión: Olanzapina, quetiapina, y risperidona aumentan el peso corporal, pero tienen efectos secundarios cardiometabólicos y patrones temporales de los mismos, distintos.

Segunda ponencia:

“Causas del aumento de peso con antipsicóticos. El papel de las hormonas”

Dra. Inmaculada Baeza, MD, PhD.

*Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil,
Hospital Clínic de Barcelona, CIBERSAM, IDIBAPS
Barcelona, España*

Se estudiaron 117 pacientes que no habían tomado nunca AP o que los tomaron menos de 30 días y que después tomaron un único y siempre el mismo AP. Se midieron a nivel basal, a los 3, 6 y 12 meses varios parámetros: peso, IMC, zIMC, niveles de leptina, insulina, resistencia a la insulina (RI), adiponectina, grelina, hormona estimuladora del tiroides (TSH) y tiroxina libre (T4).

Resultados: Los pacientes (edad media: 14.4±3 años; 64.1% varones) tomaban risperidona (N=84), olanzapina (N=20) o quetiapina (N=13). Desde el momento basal hasta el año aumentaron de peso significativamente (5.8±4.3 Kg a los 3 meses, 8.1±6.1 Kg a los 6 meses y 11.6±7.0 Kg al año), (también el IMC y zIMC). Los pacientes con sobrepeso u obesidad (IMC>percentil 85)

basal (N=16) aumentaron significativamente más de peso, IMC y z-IMC que los pacientes con un IMC basal normal, a lo largo del año. Los niveles basales elevados de insulina, RI y leptina se asociaron a un mayor aumento de peso e IMC/zIMC durante el seguimiento y los niveles elevados basales de T4, adiponectina y grelina se asociaron con un menor aumento de peso, IMC/zIMC.

Conclusiones: Tanto los niveles basales elevados de insulina, RI y leptina como el sobrepeso u obesidad basal se asociaron a un mayor aumento de peso, IMC/zIMC durante el año de seguimiento en niños y adolescentes tratados con AP. Conocer los parámetros relacionados con el aumento de peso en esta población puede ayudar a tener más información a la hora de prescribir AP.

Tercera ponencia:

“Tipos de intervención para evitar el aumento de peso con antipsicóticos. ¿Son eficaces?”

Dra. Elena de la Serna, PhD.

CIBERSAM, Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil

Hospital Clínic de Barcelona

Barcelona, España

En población general de edad infantil y adolescente se ha observado en los últimos años un incremento alarmante de las tasas de sobrepeso y obesidad que actualmente rondan el 24.2% en el primer caso y el 18.3% en el segundo siguiendo los criterios de la OMS (Pérez-Farinós et al 2013). Este problema se agrava cuando, debido a la a la psicopatología presentada, se deben tomar fármacos antipsicóticos. Estudios previos demuestran que los antipsicóticos pueden producir un aumento de peso que oscila entre los 2 y los 10 kg dependiendo del fármaco (Martínez-Ortega et al. 2013), y suele asociarse a otros problemas de salud como mayor riesgo de diabetes tipo II, problemas cardiovasculares o el síndrome metabólico (Correll et al 2009; Eapen et al 2011). Dadas las importantes consecuencias que tiene

para la salud física el incremento de peso en los niños y adolescentes tratados con antipsicóticos, el tratamiento del sobrepeso y la instauración de hábitos saludables se ha convertido en uno de los objetivos de estudio en los últimos años en esta población. Los estudios publicados hasta el momento demuestran la eficacia del tratamiento psicológico en el mantenimiento y/o la pérdida de peso en niños y adolescentes tratados con antipsicóticos (Álvarez-Jiménez et al, 2008; Álvarez-Jiménez et al 2010), considerándolo una opción válida de tratamiento. Esta ponencia realizará una revisión sobre la eficacia y los tipos de tratamientos psicológicos y farmacológicos desarrollados para favorecer la pérdida de peso en niños y adolescentes tratados con antipsicóticos.

SIMPOSIO 35. LAS FRONTERAS ENTRE AUTISMO Y PSICOSIS

Presidente:

Dra. Anna Sintes Estévez

Primera ponencia:

“Complejidad diagnóstica de los síntomas psicóticos en la infancia. Comorbilidad, solapamiento clínico y factores de confusión con los trastornos del espectro del autismo”

Anna Sintes Estévez

Psicóloga Clínica. Doctora en Psiquiatría y Psicología Clínica.

Adjunta en el Servicio de Psiquiatría y Psicología (Unidad de Trastornos Psicóticos). Hospital Maternoinfantil Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

Desde que en los años 70 los estudios de Rutter (Rutter, 1967, 1968) y Kolvin (Kolvin, 1971) permitieron diferenciar entre los trastornos del espectro del autismo (TEA) y los trastornos del espectro de las psicosis o

de la esquizofrenia (TEP o TEE), en las clasificaciones nosológicas posteriores (DSM-III y CIE-10) se establecieron como dos entidades clínicas claramente diferenciadas. En la psiquiatría infantil se empezaron

entonces a esclarecer claramente los factores diferenciales entre ambos tipos de trastornos.

No obstante, estudios de investigación y meta-análisis recientes en muestras con trastornos del espectro del autismo y psicosis de inicio precoz o muy precoz (Chisholm, Lin, Abu-Akel, & Wood, 2015), y estudios sobre los llamados “multiple complex developmental disorders” (MCDD) (Cochran, Dvir, & Frazier, 2013) han puesto de manifiesto la existencia de alteraciones y manifestaciones comunes entre ambas patologías, la presencia de comorbilidad, y de síntomas que pueden inducir confusión y sobre o infradiagnóstico en ambos tipos de trastornos.

Desde que en los años 70 los estudios de Rutter (Rutter, 1967, 1968) y Kolvin (Kolvin, 1971) permitieron diferenciar entre los trastornos del espectro del autismo (TEA) y los trastornos del espectro de las psicosis o de la esquizofrenia (TEP o TEE), en las clasificaciones nosológicas posteriores (DSM-III y CIE-10) se establecieron como dos entidades clínicas claramente diferenciadas. En la psiquiatría infantil se empezaron entonces a esclarecer claramente los factores diferenciales entre ambos tipos de trastornos.

Debido a todo ello, recientemente se están publicando interesantes y controvertidos trabajos que proponen distintos modelos (teóricos y etiológicos) para explicar la relación observada entre ambos tipos de trastornos (Chisholm et al., 2015).

Además, en la práctica clínica cotidiana, sobre todo en las unidades especializadas en el diagnóstico de estas patologías a edades muy tempranas, es frecuente

encontrarnos con numerosas dificultades para el diagnóstico diferencial.

Por ello, tanto desde el punto de vista de la literatura existente, como desde el de las inquietudes procedentes de nuestra práctica clínica, consideramos que éste es un aspecto de crucial importancia en el que es necesario actualizarse y profundizar.

Referencias:

1. Chisholm, K., Lin, A., Abu-Akel, A., & Wood, S. J. (2015). The association between autism and schizophrenia spectrum disorders: A review of eight alternate models of co-occurrence. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 55, 173–83.
2. Cochran, D. M., Dvir, Y., & Frazier, J. A. (2013). “Autism-plus” spectrum disorders: intersection with psychosis and the schizophrenia spectrum. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 22(4), 609–27.
3. Kolvin, I. (1971). Studies in the childhood psychoses. I. Diagnostic criteria and classification. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 118(545).
4. Rutter, M. (1967). The autistic child. *The Royal Institute of Public Health and Hygiene Journal*, 30(4), 130–2.
5. Rutter, M. (1968). Infantile psychosis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 114(510), 648–9.

Segunda ponencia:

“Trastorno Múltiple Complejo del Desarrollo. Un diagnóstico tan ignorado como útil”

Irma Isasa Finó, MD

Consultora de Psiquiatría Infantil

Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente

Policlínica Gipuzkoa

Donostia/ San Sebastián, España

El Trastorno Múltiple Complejo del Desarrollo, es una categoría no incluida ni en el DSM ni en el CIE y sin embargo, es una categoría incluida en la investigación. En ella se recogen tanto síntomas neurológicos como

psicológicos y aunque está “infrautilizada”, es una categoría que en muchos de los casos más complejos y difíciles de diagnosticar, puede ser capaz de dar coherencia y sentido, tanto a familias como a educadores

y a especialistas, en algunos de los trastornos más difíciles de etiquetar y de tratar en la infancia y en la adolescencia.

El inicio y el diagnóstico de este trastorno es difícil. Con cierta frecuencia, algunos de estos síntomas se hacen visibles durante la infancia y persisten a lo largo de la vida. Estos síntomas conforman una “mezcla” compleja de síntomas de TEA (trastorno de Espectro del Autismo) y de Esquizofrenia o de otro trastorno psicótico.

Los asistentes a la ponencia tendrán la oportunidad de familiarizarse con este “infrautilizado” diagnóstico y con su sintomatología, y todo ello será revisado por el grupo. Se presentarán asimismo, casos clínicos específicos, donde podrá valorarse la utilidad de este diagnóstico. Este servirá para dar coherencia y respuesta a algunos casos que de otra manera no encajarían en ningún otro diagnóstico. Durante la ponencia también revisaremos,

tanto el abordaje como el tratamiento y la evolución de estos casos más complejos.

Mi objetivo al terminar la ponencia es que todos los asistentes “incluyan” o piensen este diagnóstico a la hora de manejar los posibles diagnósticos diferenciales, especialmente en los casos en los que no se objetive un diagnóstico claro o cuando los síntomas presentes exhiban cierta complejidad.

Referencias:

1. Lucres MC Jansen, Christine C Gispen-de Wied, Rutger-Jan van der Gaag et al (2003). Differentiation between Autism and Multiple Complex Developmental Disorder in Response to Psychosocial Stress. *Neuropsychopharmacology* 28: 582-590.

Tercera ponencia:

“Bases neuroanatómicas y neurofuncionales de los trastornos psicóticos y del espectro autista. Aspectos comunes y diferenciales”

Gisela Sugranyes Ernest, MD, PhD

Especialista en Psiquiatría, Unidad de Referencia de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic Barcelona

Investigadora, Instituto de Investigación Biomédica August Pi i Sunyer (IDIBAPS)

Barcelona, España

La existencia de manifestaciones clínicas y cognitivas comunes entre los trastornos del espectro de la esquizofrenia y del espectro autista ha hecho que algunos investigadores se hayan planteado si podrían existir un solapamiento entre sus bases neurobiológicas. Se ha demostrado que ambos trastornos tendrían un origen durante el neurodesarrollo: sabemos que la maduración cerebral es un proceso dinámico, en el que podrían existir unas etapas “críticas” durante las cuales factores relacionados con el ambiente o con los genes podrían jugar un papel especialmente importante para el desarrollo de la enfermedad.

En los últimos años se ha demostrado que existe un solapamiento entre factores de riesgo ambiental y genético para los dos trastornos. En esta charla revisaremos trabajos que hayan estudiado los cambios producidos en la estructura y función del cerebro relacionados con

cada patología. Algunos estudios se han centrado en el volumen y forma del cerebro, en el que se ha podido obtener información sobre la cantidad de sustancia gris y la integridad de sustancia blanca. Otros autores han estudiado la función del cerebro (evaluada con una medida indirecta relacionada con el flujo sanguíneo) durante la realización de tareas cognitivas o durante el reposo.

Los asistentes a esta charla podrán ampliar su conocimiento sobre las características de neuroimagen estructural y funcional de los trastornos del espectro de la esquizofrenia y del espectro autista. También conocerán los principales estudios que han comparado ambos trastornos para entender cuáles son los aspectos comunes y diferenciales entre ellos descritos hasta la fecha.

La identificación de biomarcadores específicos para cada trastorno tiene el potencial de ayudar a

informar sobre los límites diagnósticos entre las dos entidades. Por otro lado, los hallazgos compartidos entre ambas categorías diagnósticas pueden ayudar a identificar procesos fisiopatológicos y potenciales dianas terapéuticas comunes.

Referencias:

1. Owen MJ, O'Donovan MC, Thapar A, Craddock N. Neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2011 Mar;198(3):173-5. doi: 10.1192/bjp.bp.110.084384.
2. Radeloff D, Ciaramidaro A, Siniatchkin M, et al. Structural alterations of the social brain: a comparison between schizophrenia and autism. *PLoS One*. 2014 Sep 4;9(9):e106539.
3. Sugranyes G, Kyriakopoulos M, Corrigall R, Taylor E, Frangou S. Autism spectrum disorders and schizophrenia: meta-analysis of the neural correlates of social cognition. *PLoS One*. 2011;6(10):e25322.

SIMPOSIO 36. GENETICS AND BEHAVIOR IN AUTISM RESEARCH - FROM THE BENCH TO THE BEDSIDE I: GENETICS AND ANALYSIS FROM PATIENT POPULATIONS TO ANIMAL MODELS*Chairpersons:**Devanand Manoli, MD, PhD**Eirene Markenscoff-Papadimitriou, PhD*

Recent work has led to significant advances in the identification of genes associated with autism spectrum disorders. Further analyses have determined patterns of associations between genes in which mutations correlate with disease occurrence, as well as the molecular and developmental pathways in which they function. This symposium will focus on human genetic studies in autism research, including recent studies on whole genome sequencing, single nucleotide variants, analysis of gene associations and networks, and the use of animals models to define behavioral endophenotypes that encompass social attachment behaviors.

First presentation:**“Whole genome sequencing analysis of simplex ASD quartets: the power of multidimensional biological data”***Jeremy Willsey, PhD**Department of Psychiatry**University of California, San Francisco, CA, USA*

Gene discovery in autism spectrum disorders (ASD) has accelerated rapidly over the last several years. Current efforts have focused on de novo and rare variants in the coding portion of the genome (the exome). However, whole genome sequencing (WGS) is now entering an era of feasibility and affordability, making it an attractive method for characterizing non-coding variation and its contribution to ASD risk. Unfortunately though, a lack of understanding of the composition and function of

the non-coding genome hinder these analyses. To help overcome these challenges we leverage a wealth of multidimensional data collected from the developing human brain, such as maps of regulatory elements active during human brain development. This allows us to begin to clarify the role of these regions and predict the impact of de novo mutations within them. We analyzed WGS data from approximately 1,250 simplex ASD quartets (mother, father, proband, and unaffected sibling; ~5,000

total samples). These data were generated on the Illumina HiSeq X Ten at a minimum mean coverage of 30X and processed according to GATK best practices. We observe that non-coding de novo variants identified by WGS are present within regulatory elements active during human brain development and are overrepresented in probands versus matched sibling controls. Additionally, regulatory targets of specific chromatin modifiers and transcription factors associated with ASD are also impacted by de novo variation. Therefore, integration with multidimensional biological datasets aids prioritization of de novo non-

coding mutations, indicating which may be functional, and may also facilitate identification of specific regulatory elements (and their corresponding genes) associated with ASD risk.

References:

1. Willsey a. J, Sanders SJ, Li M, et al. (2013) Coexpression networks implicate human midfetal deep cortical projection neurons in the pathogenesis of autism. *Cell* 155:997–1007.

Second presentation:

“ASD genetics and human cortical development”

Eirene Markenscoff-Papadimitriou, PhD

Department of Psychiatry, University of California, San Francisco, CA, USA

Autism spectrum disorders affect one in sixty eight children, and its causes are unknown. In the last few years, DNA sequence analyses of autistic children and their families have shown that rare mutations in genes contribute to the risk of developing autism. Surprisingly, one class of genes that are frequently mutated are chromatin-associated proteins¹. These genes have the ability to modify how DNA is packaged within the cell nucleus, and in this way can epigenetically control genes and their expression. Epigenetic control of gene expression may be critical for brain development and the generation of specific neuronal populations in the brain.

We are investigating the function of two high-confidence autism genes, *Suv420h1* and *Pogz*, which mediate epigenetic states of gene repression. To better understand how repressive chromatin regulates neuronal development, we are teasing apart different neuronal populations using transgenic mice for biochemical analyses, and analyzing knockout mice for these two

autism genes. We focus on the role of these epigenetic regulators on the development of the prefrontal cortex, because this brain region generates complex social and cognitive behaviors, and because many autism genes function in the embryonic prefrontal cortex². On a cellular level, we are focusing on the development of projection neurons in the cortex and their connectivity. Ultimately, we are combining the forces of autism genetics and epigenetic, molecular neurobiology to better understand the underlying biology of autism.

References:

1. De Rubeis S, He X, Goldberg AP, et al. (2014) Synaptic, transcriptional and chromatin genes disrupted in autism. *Nature* 515:209–215.
2. Willsey a. J, Sanders SJ, Li M, et al. (2013) Coexpression networks implicate human midfetal deep cortical projection neurons in the pathogenesis of autism. *Cell* 155:997–1007.

Third presentation:

“Understanding social attachment in development and mental illness”

Devanand Manoli, MD, PhD

Department of Psychiatry, University of California, San Francisco, CA, USA

Social attachments play a central role in most, if not all, levels of human interaction, from parent-child attachment, fraternity and kinship, friendship and social affiliation, to enduring partnerships with mates. Social attachment behaviors are clinically relevant, as devastating conditions such as autism and schizophrenia often manifest with a dramatic collapse of inter-personal interactions. It has been difficult to study social attachment because none of the traditional genetic lab model animals, mice, zebrafish, fruit flies, and worms, exhibits adult social attachment behaviors. Thus, the analysis of social attachment has been resistant to traditional genetic and neurobiological approaches. Prairie voles, in contrast, display social attachment as adults such that mating partners form an enduring pair bond and display complex attachment behaviors, such as social monogamy, bi-parental care, and incest avoidance. We seek to establish the prairie vole as a model system for the molecular genetic analysis of social attachment behaviors.

To this end, we have developed multiple approaches for targeted molecular genetic techniques in voles. We have development techniques to modify the prairie vole genome. This approach permits, for the first time,

a rigorous analysis of deficits in social attachment and other non-attachment related behaviors that result from mutations in genes associated with autism spectrum disorders, and thus, to define genotype-endophenotype relationships encompassed by these disorders. Finally, we have also begun to characterize the regions of the vole brain activated during attachment-related behaviors. In future studies, we will determine the specific deficits in attachment that result at distinct developmental stages from mutations in genes implicated in psychiatric illnesses, and determine the differences in the neuron populations involved or the in the patterns of gene expression in distinct components of the circuitry we identify.

References:

1. Insel TR. (2010) The challenge of translation in social neuroscience: a review of oxytocin, vasopressin, and affiliative behavior. *Neuron*. 65:768-79.
2. Manoli DS, et al. (2012) Generation of induced pluripotent stem cells from the prairie vole. *PLoS One*. 7:e38119.

SIMPOSIO 37. THE VERMONT FAMILY BASED APPROACH: A CLINICAL PARADIGM FOR HEALTH PROMOTION, PREVENTION AND INTERVENTION FROM THE FAMILY PERSPECTIVE

*Chairperson:
Allison Hall, MD*

First presentation:

“Overview of the Vermont Family Based Approach”

Allison Y. Hall, MD

*Assistant Professor of Psychiatry and Pediatrics University of Vermont College of Medicine Vermont Center for Children Youth and Families
Burlington, Vermont, USA*

The nature versus nurture debate has been resolved – evidence developed in recent years is overwhelming that both genetics and environment play vital roles in the development of emotional and behavioral health

and difficulties. Families, particularly parents, shaped by their own genetic and environmental background, provide the core of the environment for their children. We also have mounting evidence that health promoting

activities such as exercise, music and community engagement can improve existing health problems and enhance brain development and resilience.

When parents experience challenges such as ADHD or substance abuse, these challenges have a major effect on the environment of the child. Parents shape their children's life experience through their parenting style. And they model health choices in the areas of nutrition, exercise, sleep and many others. When parents are supported to take care of their own emotional and behavioral health and maximize family wellness, they significantly improve the environment for their child.

This presentation will describe The Vermont Family Based Approach (VFBA), a framework created by Dr. James Hudziak and Dr. Masha Ivanova, to address the emotional and behavioral health of the whole family. Health promotion, prevention and treatment – all from a family perspective—are included in the plan for children.

This paradigm begins with family wide assessment using the Child Behavior Checklist and related instruments for adults. Participants will understand how to use these instruments to conceptualize a case and to join with families to develop a plan which promotes health for all and addresses the emotional and behavioral health of parents, parenting style and children's challenges.

References:

1. Hudziak, J.J., & Bartels, M. (2008). Genetic and environmental influences on wellness, resilience, and psychopathology: A family-based approach for promotion, prevention, and intervention. In J.J. Hudziak (Ed.), *Developmental psychopathology and wellness: Genetic and environmental influences*. (pp. 267-286). New York, NY: American Psychopathological Association.

Second presentation:

“Health Promotion and Prevention in the VFBA”

Daniel Hall, BS

Vermont Family Based Approach Program Coordinator

Vermont Center for Children Youth and Families

Burlington, Vermont, USA

Population level improvements in the burden of disease occur, not with the discovery of a remarkable new intervention that can reverse an illness, but with changes in the risk factors that lead to illness and the protective factors that lead to wellness. This pattern was demonstrated by epidemiologic changes in infectious and cardiovascular disease. Today, mental health disorders outpace all other major contributors to disability and premature death in the developed world (Whiteford, 2013). The remaining major contributors to population disease burden are strongly influenced by emotional behavioral health (Prince, 2007). In order for psychiatry to make population level improvements in this epidemic, we must shift our focus to health promotion and prevention. The Vermont Family Based Approach provides a clinical paradigm for that shift in focus, with evidence based strategies for health promotion and

prevention from a family-based perspective (Hudziak & Bartels, 2008).

This clinical practicum will review the case for shifting the focus of child psychiatry to health promotion and prevention, review evidence based strategies for health promotion and prevention, and describe how these evidence based strategies are used in the Vermont Family Based Approach. Participants will be able to use the knowledge acquired in this presentation to strengthen the use of health promotion and prevention in their practice.

References:

1. Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *The Lancet*, 370(9590), 859-877.

Third presentation:

“Evidence-based Parent Training”

Jessica O’Neil, DO

Medical Director, Washington County Mental Health Services, Barre, VT, USA

Assistant Clinical Professor of Psychiatry

The University of Vermont Medical Center

Parent Training is a psychotherapeutic intervention aimed at helping parents develop and enhance parenting skills that has been shown to be effective in the treatment of emotional and behavioral problems, mostly notably the externalizing disorders such as Oppositional Defiant Disorder, Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, and Conduct Disorder (Farmer 2002). There is also evidence to support its use in prevention of child abuse.

Parental responses to a child’s behavior are strongly influential in shaping that child’s behavior. Parent Training programs focus on teaching parents specific skills to increase attention and reinforcement of desired behaviors and replace harsh punishments such as spanking and yelling with consistent mild consequences. Concrete modeling and practice of skills are a central part of these programs. There are a number of well studied parent

training programs, such as the Incredible Years, Triple P, Parent Management Training, Parent Child Interaction Therapy, and Helping the Noncompliant Child.

This presentation will review the evidence and general principles of parent training, giving examples of one of these programs, Helping the Noncompliant Child, and how it is used in delivering the Vermont Family Based Approach.

References:

1. Farmer, E.M.Z., Compton, S.N., Burns, B.J., Robertson, E. Review of the Evidence Base for Treatment of Childhood Psychopathology: Externalizing Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002. 70(6): 1267-1302.

SIMPOSIO 38. CONDUCTAS AUTO-DESTRUCTIVAS DE LA ADOLESCENCIA: DE LA PERSONALIDAD AL TRASTORNO

Presidente:

Marta Pardo Gallego, MD

Unidad de Hospitalización y Conductas Adictivas

Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil

Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España

Primera ponencia:

“Factores de personalidad y motivos de consumo de cannabis por afrontamiento”

María Lleras de Frutos

Psicòloga Clínica

Unitat de Conductes Addictives de l’Adolescent

Servei de Psiquiatria i Psicologia

Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España

El cannabis es la sustancia ilícita más consumida por los adolescentes. Determinados rasgos de personalidad, como la impulsividad y la búsqueda de sensaciones, así como los efectos subjetivos experimentados tras el consumo (p.e. euforia o relajación), se han identificado como algunos de los principales factores etiológicos de consumo. Este estudio categoriza a una muestra de adolescentes consumidores de cannabis en función de sus rasgos de personalidad más predominantes (perfil internalizante y externalizante), los motivos por los que consumen y realizar una comparación de ambos perfiles.

El análisis de este estudio sugirió una solución en 2 perfiles: las escalas Introverso, Inhibido, Pesimista, Histriónico (), Egocéntrico (), Autopunitivo y Tendencia límite forman el perfil internalizante, y las escalas Sumiso

(), Rebelde, Rudo, Conformista () y Opositor el externalizante. El análisis comparativo mostró que el perfil internalizante presenta mayores niveles de gravedad clínica, consumo por coping (enfrentamiento de un malestar) y reporta más efectos subjetivos que el externalizante.

Estos resultados sugieren la necesidad de diseñar estrategias de intervención específicas para cada perfil.

Referencias:

1. Belcher, A. M., Volkow, N. D., Moeller, F. G., & Ferré, S. (2014). Personality traits and vulnerability or resilience to substance use disorders. *Trends in Cognitive Sciences*. <http://doi.org/10.1016/j.tics.2014.01.010>

Segunda ponencia:

“La conducta autolesiva y el TLP de debut en la adolescencia”

Marc Ferrer, MD, PhD

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal. UAB. Barcelona

Grup TLP Barcelona. Barcelona, España

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es un trastorno relacionado con el desarrollo que se manifiesta en la adolescencia o edad adulta precoz y que evoluciona tópidamente a lo largo de la vida. El TLP de debut en la adolescencia a menudo se manifiesta en forma de conductas auto-lesivas. El diagnóstico y tratamiento precoz se considera el factor de buen pronóstico más importante. Sin embargo, existen todavía importantes reticencias para llevar a cabo el diagnóstico antes de los 18 años.

En esta presentación se pretende revisar la evidencia a favor de la validez del diagnóstico de TLP en la adolescencia y la repercusión favorable que esta intervención precoz puede tener en su evolución posterior. Se presentarán datos propios comparando las características clínicas y socio-demográficas de aquellos pacientes TLP diagnosticados en la adolescencia y edad adulta temprana en relación a pacientes adultos. También se presentará el protocolo de investigación ‘Trastorno

Límite de la Personalidad de debut en el adolescente: estudio de las alteraciones neurobiológicas estructurales y funcionales’, que tiene como objetivo ocupar una laguna de conocimiento y que es considerado como elemento clave para reforzar la validez nosológica del TLP adolescente.

Con todo lo expuesto se pretende aportar evidencia en relación a la validez del diagnóstico del TLP en la adolescencia y sobre la necesidad de incorporar el TLP en el diagnóstico diferencial de la conducta auto-lesiva del adolescente. Además, se discutirá la importancia del diagnóstico precoz del TLP como factor de buen pronóstico de un trastorno ligado al desarrollo.

Referencias:

1. Kaess M, Brunner R, Chanen A. Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics*. 2014; 134:782-93.

Tercera ponencia:

“La suicidalidad adolescente: en búsqueda de una identificación y abordaje precoz – primeros datos del Proyecto Adolescentes Suicidas”

Juan Armando Paris Pérez, MD

*Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari Vall d'Hebron
Barcelona, España*

Los gestos suicidas alertan a la presencia de psicopatología. El 79% de adolescentes, tras un primer intento, presentan por lo menos 1 síndrome psiquiátrico diagnosticable. Se identifican las primeras repercusiones directas e indirectas, un aumento en morbi-mortalidad, elevado consumo de recursos sanitarios (86% de <16 años ingresan en centros hospitalarios), con poco acceso a recursos específicos de salud mental y soporte psicosocial (solo un 25 y 58% respectivamente). Estudios en población hospitalaria de grupos americanos (Brent et al., 1993) y europeos (Groholt et al., 2006), no logran resultados significativos que ayuden a prever el riesgo de repetición y compleción del suicidio. Miranda et al. (2014) identifica algunos factores (planificación, intensidad, soledad) con OR significativas para la conducta suicida de repetición, no así la consumación.

Se diseñó un estudio prospectivo, observacional y naturalístico, con seguimiento a adolescentes (12 -18 años) atendidos en urgencias del H.U. Vall d'Hebron por conducta suicida (tentativa suicida, gestos auto-lesivos, verbalización de ideación/intención suicida), con el objetivo de analizar indicadores de riesgo para el inicio de la conducta suicida, estudiar prospectivamente la conducta suicida de debut como indicador de repetición

y consumación, valorar el uso de los recursos sanitarios disponibles y el acceso a ellos, y observar las líneas evolutivas de la suicidalidad como manifestación inicial de un trastorno mental.

Durante la charla, se presentarán y analizarán los primeros datos del estudio, como por ejemplo la presencia de un 77.8% de tentativas son mediante sobreingesta medicamentosa (93% impulsiva), siendo el 66.7% hijos de padres separados, el 44.4% con antecedentes psiquiátricos familiares y el mismo porcentaje, son emigrantes de familias no-unificadas, repitiendo en 1 mes el 55.6 % la conducta suicida, identificando que 7 de 10 pacientes que completan el estudio no están vinculados a red de Salud Mental, todos con un síndrome psiquiátrico diagnosticado.

Referencias:

1. Miranda, R.; De Jaegere, E; Restifo, K.; Shaffer, D. (2014) Longitudinal Follow-Up Study of Adolescents Who Report a Suicide Attempt: Aspects of Suicidal Behavior That Increase Risk of a Future Attempt. *Depression and Anxiety*, 31:19-26.

SIMPOSIO 39. USE OF TELEPSYCHIATRY IN CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY

Chair: Vera Feuer MD

First presentation:

Telepsychiatry for the Child and Adolescent Outpatient Psychiatrist: A historical and a personal perspective

Gabrielle Shapiro MD

Associate Clinical Professor, Mount Sinai School of Medicine, New York, NY, USA

Telepsychiatry has emerged as a treatment alternative and preference for many clinicians and patients during the last decade. The learning objective for my presentation is to familiarize the attendee with reasons why telepsychiatry is a viable clinical practice for child and adolescent psychiatrists with varying interests at different stages of their careers and life cycles.

During my presentation I will discuss my experience during the mid 1990's as a pioneer in serving Latino populations in rural California and how I approached the difficulties with access to care in this population and created a pilot program utilizing telepsychiatry to address these issues. I will then explore three examples of various clinicians' use of telepsychiatry as a career choice at different stages in their careers and explore the rationale

for each of them. Two clinicians will be interviewed in video presentations. Another will discuss her personal choice of telepsychiatry as she heads toward retirement. It is hoped that the attendee will learn from this presentation how useful telepsychiatry can be to solving the global workforce shortage in child and adolescent psychiatry and the flexibility it provides to the clinician in terms of life work balance at different career stages.

Reference:

1. Myers, K., & Cain, S. (2008). Practice parameter for telepsychiatry with children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1468-1483.

Second presentation:

Underserved in New York City: Utilizing Telepsychiatry in Emergency Departments

Vera Feuer MD

Director of Pediatric Emergency Psychiatry, Assistant Professor of Psychiatry and Emergency Medicine, Hofstra North Shore LIJ School of Medicine, Glen Oaks, NY, USA

Current global epidemiological data consistently reports that up to 20% of children and adolescents suffer from a disabling mental illness; that suicide is the now the second leading cause of death among adolescents and young adults; that most psychiatric illness has their onset in adolescence, yet only a fraction of affected children and adolescents receive adequate care and the delay between symptom onset and receiving treatment remains 7-8 years.

The severe shortage of child psychiatrists and mental health professionals has been a well-known issue nationally in the US, as well as across the globe. This need has propelled various alternative care models in an attempt to remedy this global health crisis. The advent of secure, video conferencing has emerged over the past 15 years as a potential tool in delivering psychiatric care to underserved areas. Rapid advances in technology, emergence of evidence for safety and efficacy,

development of clinical guidelines, practice parameters and research has propelled Telepsychiatry to become a potential solution for many patients and families. Despite its widespread use and availability, many clinicians have no or minimal exposure to Telepsychiatry as a modality. This presentation will review clinical program design, patient characteristics and outcomes of a 3 hub-9 spoke Emergency Department Pediatric Telepsychiatry System created on the margin of existing resources within a large health system.

Reference

1. Kilgus, Mark D. Agreement between telepsychiatry assessment and face-to-face assessment for Emergency Department psychiatry patients. *Journal of Telemedicine & Telecare*. 20(2):59-62, 2014 Mar.

Third presentation:

Telepsychiatry Education and Curriculum Development

Pamela Hoffman MD

Advanced Fellow in Informatics and Tele Mental Health, Yale University School of Medicine, New Haven, CT, USA

There is a worldwide shortage of child and adolescent psychiatrists to provide the necessary care to all children affected with mental illness. Telepsychiatry is a modality of service that helps to increase access to care for patients who otherwise may not receive psychiatric care. Utilization of Telepsychiatry has been on the rise and this presentation highlights the importance of education and training. Telepsychiatry (in various clinical settings) is used within residency programs and is a helpful educational tool. While some residency programs have a curriculum, these appear to be the minority, however there is a need and interest in developing structured curricula. We will investigate and summarize current opportunities in Telepsychiatry for treatment of children

and adolescents. We will also review the limited literature for training in telepsychiatry. We will highlight sections of a curriculum in use currently. We will discuss future steps towards a standardized curriculum. By the end of the presentation, participants will understand and familiarize themselves with the history and evolution of telepsychiatry and learn about training and education approaches and curriculum development.

Reference:

1. Sunderji N1, Crawford A, Jovanovic M
Telepsychiatry in graduate medical education:
a narrative review Acad Psychiatry 2015
Feb;39(1):55-62.

SIMPOSIO 40. PSICOPATOLOGÍA, AUTOLESIONES Y CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES

Presidente:

Eduardo Serrano, PhD

Primera ponencia:

“Prevalencia y características clínicas de la ideación suicida y la conducta autolesiva en adolescentes con Trastorno de la Conducta Alimentaria”

Eduardo Serrano, PhD

Coordinador de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria

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

Es conocida la presencia de ideas suicidas y comportamientos autolesivos en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), aunque esta asociación no está claramente definida empíricamente en nuestro medio.

El objetivo principal del estudio es poder determinar la prevalencia de la ideación suicida y las conductas

autolesivas en pacientes adolescentes con TCA. Un segundo objetivo es estudiar la asociación existente entre la presencia de autolesiones/ideación suicida con la gravedad de la sintomatología alimentaria, depresiva, ansiedad, la motivación para el cambio y el perfeccionismo.

Con este fin se evaluaron a 109 pacientes adolescentes

diagnosticados de TCA mediante entrevista clínica y escalas que valoran la gravedad de los trastornos de la conducta alimentaria, trastornos interiorizados, el perfeccionismo y la motivación para recuperarse de la enfermedad.

Las conclusiones del estudio fueron que cerca de la mitad de los pacientes adolescentes con TCA estudiados presentaron ideación suicida y más de un tercio realizaron comportamientos autolesivos. Observamos que la presencia de ideación suicida no tenía necesariamente implicaciones en la conducta autolesiva, con lo que podemos inferir que este comportamiento podría explicarse más como una forma desadaptativa

de autoregulación emocional. De los resultados del estudio se desprende también que la presencia tanto de ideación suicida como de comportamiento autolesivo en adolescentes con TCA se relaciona con un perfil psicopatológico de mayor gravedad, caracterizado por más sintomatología alimentaria, depresión, ansiedad, perfeccionismo y a una menor motivación para el cambio.

Referencias:

1. Peebles R, Wilson JL, Lock JD. Self-injury in adolescents with eating disorders: correlates and provider bias. *J Adolesc Health*. 2011; 48(3):310–313

Segunda ponencia:

“Conducta autolesiva no suicida (CALNS)”

Santiago Batlle Vila

Psicólogo Clínico, Instituto de Neuropsiquiatria i Addiccions

CSMIJ Sant Martí-La Mina, Parc de Salut Mar, Barcelona, España

Las CALNS constituyen un importante problema de salud pública. Este aspecto ya motivó su inclusión en los protocolos de AEPNIA en 2008. En los últimos 5 años las CALNS han dejado de ser un motivo de consulta exclusivo de los servicios de urgencias de los hospitales para dar el salto a las consultas ambulatorias. Además hasta la reciente publicación del manual de clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento de la APA (DSM 5), los sistemas de clasificación al uso DSM IV - TR (APA, 2000) y CIE 10 (OMS, 1992) no contemplaban criterios específicos, y no se disponía de una definición operativa.

Las CALNS se definen como lesiones en la superficie corporal realizadas con expectativa de daño físico leve o moderado sin intencionalidad suicida, que debe estar presentes en al menos 5 días de los últimos 12 meses; y estar orientadas a aliviar sentimientos o estados negativos, resolver dificultades interpersonales o inducir un estado de sentimientos positivos. La prevalencia en población general va desde el 7.5-8% en preadolescentes, al 12-23 % en adolescentes, con rangos más amplios (del 12% al 82%) según diferentes estudios. En población psiquiátrica la prevalencia se incrementa a ratios que van del 40 al 80%.

Las CALNS presentan una edad de inicio bimodal entre

los 12-14 años y los 18-19 años; y se han identificado precipitantes como sentimientos de ira, sentimientos negativos, y pensamientos de tipo depresivo. La modalidad de la autolesión varía según género. En varones es más frecuente golpearse mientras que en mujeres cortarse. Las laceraciones por rascado son la segunda preferencia en ambos sexos. Niveles de riesgo/severidad pueden establecerse según tipo de autolesión y número de episodios.

Finalmente se presenta la relación entre autolesión y tentativa de suicidio en un modelo explicativo integrado y un modelo de evaluación de la CALNS.

Referencias:

1. Hamza CA, Stewart SL, Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clin Psychol Rev*. 2012; 32(6):482-95. doi: 10.1016/j.cpr.2012.05.003
2. Kerr PL, Muehlenkamp JJ, Turner JM. Nonsuicidal self-injury: a review of current research for family medicine and primary care physicians. *J Am Board Fam Med*. 2010; 23(2):240-59. doi: 10.3122/jabfm.2010.02.090110.

Tercera ponencia:

“Revisión de los tratamientos psicológicos en adolescentes con conducta autolesiva”

Laia Mollà Cusí

*Psicóloga Clínica. Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions,
Parc de Salut Mar, Barcelona, España*

Las autolesiones en adolescentes han adquirido mayor relevancia en los últimos años, dado el aumento de prevalencia, junto con el mayor riesgo de realizar una tentativa autolítica y de desarrollar un trastorno límite de la personalidad o un trastorno depresivo mayor. El objetivo de esta ponencia es el de revisar la bibliografía referente a los diferentes tratamientos psicológicos para las autolesiones no suicidas (non-suicidal self-injury; NSSI) y su nivel de evidencia en los estudios y en la práctica clínica. Se incluyen estudios que evalúan una intervención psicoterapéutica para el tratamiento de las autolesiones en adolescentes o adultos jóvenes.

Los resultados indican que la mayoría de tratamientos disminuyen significativamente el número de NSSI. Sin embargo, ningún tratamiento para las autolesiones ha demostrado suficiente evidencia en adolescentes, según los criterios de la Task Force. La terapia basada en mentalización (MBT-A) es el primer tratamiento que ha demostrado eficacia, al haber demostrado diferencias significativas en un estudio controlado aleatorizado (ECA), aunque los datos no han sido replicados por un segundo grupo investigador. La terapia dialéctica-

conductual (DBT-A) ha demostrado efectividad en estudios en la práctica clínica comunitaria y residencial, pero faltan estudios controlados que evalúen su eficacia.

A pesar de la amplia variedad de modalidades terapéuticas que se han intentado aplicar a las NSSI, podemos concluir que las intervenciones terapéuticas específicas son poco habituales, y las que han demostrado algún tipo de evidencia son tratamientos diseñados para el TLP. La variedad y heterogeneidad de resultados dificulta extraer conclusiones más específicas, como cuáles son los componentes activos eficaces. Valoramos la necesidad de estandarizar criterios e instrumentos en el campo del tratamiento de las autolesiones para mejorar la validez y utilidad de los resultados.

Referencias:

1. Washburn JJ, Richardt SL, Styer DM, Gebhardt M, Juzwin K, Yourek A, Aldridge D. Psychotherapeutic approaches to non-suicidal self-injury in adolescents. *Child Adolescent Psychiatry Mental Health*. 2012; 6(1):14

Cuarta ponencia:

“La Conducta Suicida en el ámbito Hospitalario. Intervención en crisis”

Francisco Villar Cabeza

*Psicólogo Clínico. Servicio de Psiquiatría y Psicología.
Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona, España*

El suicidio es un grave problema de salud pública y, en términos generales, la primera causa externa de mortalidad (WHO, 2014). Se calcula que anualmente por cada suicidio consumado otros 20 realizarán intentos no letales (WHO, 2014). A nivel nacional, en adolescentes de

entre 15 y 19 años de ambos sexos el suicidio representa la segunda causa de mortandad, sólo por detrás de los accidentes de tráfico y por delante de los tumores (INE, 2012).

Dada la magnitud de esta problemática y los enormes

costes que supone tanto a nivel emocional individual y familiar, como a todo el sistema sanitario por sus elevados costes socioeconómicos, se hacen necesarios estudios que nos permitan entender mejor el fenómeno para poder implementar estrategias tanto de prevención como de intervención.

El servicio de Salud mental infanto-juvenil del Hospital Sant Joan de Déu (HSJD) dispone desde el año 2013 de un programa específico de atención al niño y el adolescente que acuden a urgencias por presentar conducta suicida. La atención se realiza según un protocolo de actuación diseñado conjuntamente con el servicio de urgencias y de pediatría del hospital. Desde Noviembre de 2013 se han atendido en urgencias de nuestro hospital más de 520

episodios de conducta suicida correspondientes a más de 400 pacientes.

Nuestra presentación pretende compartir la experiencia y las conclusiones tras cerca de tres años de trabajo en nuestro programa específico de atención al menor que realiza conducta suicida.

Referencias:

1. Hawton K, Saunders K, O'Connor R. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet* 2012;379:2373-82
2. World Health Organization (2014). Preventing suicide: a global imperative.

SIMPOSIO 41. ACTUALIZACIONES EN PAIDOPSIQUIATRÍA PSICOSOMÁTICA: EN DERMATOLOGÍA, NEONATOLOGÍA Y EN CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Presidente:

Dr. Xavier A Gastaminza, MD Ms

Primera ponencia:

“Paidopsiquiatría psicosomática en Dermatología”

Oscar Herreros MD

Facultativo especialista del Área de Psiquiatría (Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil) Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, España

Es conocido el común origen embriológico en el ser humano del sistema nervioso central y de la piel. Algunos autores sitúan en este común origen la no rara asociación de patología psiquiátrica con patología dermatológica.

Por otra parte tanto desde el campo de la dermatología como desde el campo de la psiquiatría se ha evidenciado un gran déficit de sensibilidad, formación y de conocimientos específico en los trastornos psicodermatológicos que, además no solo no se han corregido con el tiempo sino que incluso han empeorado.

Son muchos y diferentes los aspectos que podrían abordarse en esta intersección del conocimiento médico: desde las manifestaciones dermatológicas de los tratamientos psicofarmacológicos o las complicaciones psiquiátricas de los tratamientos dermatológicos pasando por la calidad de vida e impacto de las dermatopatías

ya en el paciente (niño o adolescente) ya en la familia o socialmente o patologías específicas como la psoriasis, dermatitis atópica o las alteraciones de la pigmentación cutánea; hasta las comorbilidades cutáneo-medico-psiquiátricas (ya primarias ya secundarias ya sistémicas o no) o los tratamientos. Todo ello abarca un muy amplio posible contenido que, en esta exposición, se pretende presentar como resumen de revisión y actualización de la atención psiquiátrica en los niños y adolescentes con dermatopatías en general con una especial atención a los motivos más frecuentes de interconsulta como la tricotilomanía o la alopecia areata, buscando ofrecer al clínico una síntesis enfocada desde la clínica, dirigida para facilitar su mejor abordaje en la práctica clínica y con el aval y respaldo de la evidencia médica.

Referencias:

1. Lowry CL, Shah R, Fleming C, Taylor R, Bewley A. A study of service provision in psychocutaneous medicine. Clin Exp Dermatol. 2014 Jan; 39(1):13-8.

Segunda ponencia:

“La Paidopsiquiatría psicosomática en Neonatología. Presentación de un modelo de atención parental”

Belén Rubio MD, PhD

Coordinadora de Salud Mental Infanto-Juvenil de Tenerife. Facultativa especialista

Unidad de Interconsulta y Enlace infanto-Juvenil

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife, España

Es destacada la limitada literatura médico psiquiátrica de la atención psiquiátrica de la mujer embarazada, o de la pareja de la mujer embarazada (vgr.: del Síndrome de Couvade), o de la específica asistencia paidopsiquiátrica del lactante que, paradójicamente, suele demorarse años (hasta los 3 e incluso 5 años de edad). Junto a esta situación, simultáneamente se disparan las demandas de atención sanitaria y también las interconsultas por neonatología, haciéndose así cada día más necesario el desarrollo de programas específicos de atención para la atención parental en neonatología que sistematizados permitan además su evaluación por consiguiente la mejora continuada.

Esto posiblemente derive del mejor nivel de vida en la sociedad occidental, con los enormes avances médicos, y más en la neonatología, que han producido una gran disminución en la mortalidad neonatal. Así se presentan con más frecuencia nuevas situaciones que pueden resultar estresantes, difíciles de afrontar para los padres o incluso traumáticas. Condiciones como la prematuridad o los síndromes malformativos que antes eran inviables, han pasado a ser tratables y así potencialmente viables. Generando un gran impacto psicológico y emocional,

en algunos casos incluso durante plazos largos que son ampliados por las indeterminantes de su duración y resultado final que producir un efecto traumático incluso a largo plazo (TEPT), y que generalmente requiere de atención médica. Identificar los factores de riesgo biopsicosociales en los padres e implementar programas de atención desde la Paidopsiquiatría Psicosomática constituyen una necesidad ante estas situaciones frecuentes así como crónicas.

Es el objetivo de esta exposición presentar un programas de intervención y apoyo precoz en crisis para minimizar este impacto negativo, ayudar a su afrontamiento y por ende mejorar la relación materno-filial, paterno-filial y por ende la tención y los cuidados del neonato.

Referencias:

1. X. Gastaminza, B Rubio, O Herreros y S Gabaldon: Paidopsiquiatría psicosomática: la interconsulta en Psiquiatría de la infancia y de la adolescencia o Paidopsiquiatría de enlace: Pasado y futuro de la Paidopsiquiatría psicosomática. REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL 2012: 29:2; 79-82.

Tercera ponencia:

“La Paidopsiquiatría psicósomática en Cuidados intensivos Pediátricos”

Xavier Gastaminza, MD, Ms

Consultor senior de NOVOMEDIGRUP. Facultativo especialista.

Paidopsiquiatría psicósomática. Unidad de Paidopsiquiatría.

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Universitat Autònoma de Barcelona.

Barcelona, España

La antes denominada interconsulta psiquiátrica, luego psiquiatría de enlace y actualmente psiquiatría psicósomática, o en concreto en nuestra especialidad: la paidopsiquiatría psicósomática, tiene como objeto la atención psiquiátrica integral del niño y del adolescente enfermo médico-quirúrgico. Todo lo que así comporta la suma de una comorbilidad y una determinante especial situación clínica. Esto, con el desarrollo exponencial de toda la medicina, comporta nuevas situaciones clínicas, muchas veces muy complejas y complicadas, con altas supervivencias frente a patologías antes fatales.

Un ejemplo de todo esto son las unidades de cuidados intensivos pediátricos que, en la actualidad, son unidades de alta tecnificación, atendiendo patologías cada día más complejas con situaciones muy críticas de vida y así además un alto coste que requiere una especial eficacia y eficiencia lo que supone un elemento más en la muy condicionada atención clínica de cada caso. Complejidad asistencial, alto riesgo, atención multimodal, habitualmente con y por varias especialidades simultáneamente, compleja patologías

que demandan unas respuestas rápidas, muchas veces en pacientes politratados con, en resumen, unas condiciones asistenciales muy especiales y con una escasa literatura específica.

En este marco se plantea la atención psiquiátrica de los niños, adolescentes y de la familia (grupo primario), en la que con los trastornos mas habituales como los trastornos adaptativos se presentan otros no tan frecuente pero sí importantes como los intentos de suicidio graves, los cuadros de agitación, delirium o trastorno por estrés postraumático que suponen retos asistenciales al paidopsiquiatra no comunes que queremos plantear orientados a la práctica clínica sin olvidar la atención parental.

Referencias:

1. B Rubio y X Gastaminza. Paidopsiquiatría psicósomática. La interconsulta y la
2. Psiquiatría de enlace en la Pediatría. 1ª ed. Editorial Selene 2014. Las Rozas (Madrid).

SIMPOSIO 42. INPATIENT CHILD PSYCHIATRY CARE IN TWO CONTINENTS: COMPARATIVE APPROACHES, SIMILARITIES AND DIFFERENCES

Chairperson:

Aradhana Bela Sood MD, MSHA

First presentation:

“A Short Stay Model Psychiatric Inpatient Unit for Severely Ill Children and Adolescents in the USA: Challenges and Success”

Aradhana Bela Sood MD, MSHA

Senior Professor for Child Mental Health Policy

Professor of Psychiatry and Pediatrics

Virginia Commonwealth University. Richmond, VA, USA

The need for short stabilization in an inpatient psychiatric setting is a necessary part of the continuum of services for children and adolescents with mental health crises and an important component within the System of Care (SOC) with a focus on rapid stabilization of the crisis. Upon discharge rapid destabilization occurs if the context of the crisis, exacerbating factors and gaps in services are ignored. The lack of tailored community based services leads to rapid re-hospitalization and sets the stage for a revolving door phenomenon. A model for a short-term inpatient stay with specific achievable objectives, a strong focus on transition planning that serves as a bridge to community-based services upon discharge is presented. The model emphasizes the objectives of short-term hospital stays and reduction of recidivism by strong post discharge planning. The presentation describes the successful implementation of such a model with the following components: 1) daily objectives tailored to a short term stay unit, emphasis that the main goal of an inpatient stay is as an accurate assessment of the clinical problem 2) transition programming to implement

the treatment plan in the OP setting and a 3) a family focused, child driven post discharge plan. The outcome is measured by a reduction of recidivism, improvement of school attendance/performance and family satisfaction. Among the challenges faced, a critical turning point has been clinicians' understanding of the role of inpatient care in the SOC, the specificity and importance of each day in such short-term care models, the importance of transition planning to reduce recidivism, improve family satisfaction and functioning. Inpatient care is an important but neglected aspect of a SOC for critically ill children and adolescents. Innovative planning can make inpatient psychiatric treatment a rich part of the continuum of care provided to children and families,

References:

1. D.K. Saba, K.R. Levit, and A. Elixhauser, "Hospital Stays Related to Mental Health, 2006," Statistical Brief no. 62, October 2008, <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb62.pdf> (accessed 25 February 2009)

Second presentation:

“English adolescent inpatient services: quality standards, strengths and current challenges”

Bernadka Dubicka BSc MBBs MD FRCPsych

Honorary Reader University of Manchester, UK;

Consultant child and adolescent psychiatrist,

Lancashire Care Foundation Trust;

Vice-chair Royal College of Psychiatrists Child and Adolescent Faculty

Clinical advisor for NHS England

There has been much debate in the UK regarding the optimal use of inpatient beds. Over the past few years pressures on community services have increased leading to a rise in demand for admissions. This presentation will focus on some of the current challenges for the English National Health Service (NHS), and also present the national initiatives to standardise and improve quality of inpatient care. A recent government report (Future in Mind 2015) has set out the current challenges and aspirations for UK child and adolescent mental health services (CAMHS), together with a separate NHS review of English inpatient services, and some of these key findings will be presented. The UK Royal College of Psychiatrists (RCP) has developed quality standards for child and adolescent mental health units (Quality Network for Inpatient Child and adolescent mental services, QNIC) (1) in order to improve quality of care nationally. QNIC has developed a system of peer accreditation for units, based on key standards, which has also been of interest internationally. Countries such as Norway, Turkey and Iceland have adopted this initiative

with the aim of improving care across this international network. The majority of units in the UK now subscribe to this accreditation system. Particular challenges in the UK include admissions for repeat self-harm and ongoing work will be presented on developing NHS guidance regarding admissions for these young people and the need to develop alternative pathways of care. Inpatient care is known to be associated with potential risks (2) and it is hoped that a system such as QNIC may help to reduce such risk.

References:

1. Quality Network for Inpatient CAMHS: <http://qnic.org.uk/>
2. Hannigan B, Edwards D, Evans N, Gillen E, Longo M, Prymachuk S, et al. An evidence synthesis of risk identification, assessment and management for young people using tier 4 inpatient child and adolescent mental health services. *Health Serv Deliv Res* 2015;3(22)

Third presentation:

“Trajectory of severely ill child and adolescent patients hospitalized for Bipolar Disorder and catatonia in France”

Xavier Benarou, MD, PhD

*Department of Child and Adolescent Psychiatry
Pitié-Salpêtrière Hospital. 75013 Paris, France*

The department of Child and Adolescent Psychiatry in Pitié-Salpêtrière Hospital includes two intensive care units. These units host particularly severe inpatients with bipolar disorder and/or catatonia. 20 to 40% of them have a history of developmental disorders (ASD and/or intellectual deficiency). We thus developed a special expertise in caring the patient using a multidisciplinary approach. The first aim of this communication is to describe our clinical and therapeutic expertise in youths with bipolar disorders and/or catatonia based on clinical experience with these patients. The second aim is to present data collected since 1993 from one cohort of bipolar type I inpatients (n=80) and one cohort of youth presenting catatonia (n= 90). Regarding bipolar disorder, we found that the episode index (manic or mixed) was characterized by frequent psychotic signs, mixed

episodes and a long duration of hospitalization. At follow-up, 63.6% of the patients still presented a diagnosis of BD-I, whereas 36.4% had changed diagnosis towards a schizophrenia spectrum disorder. Regarding patients presenting catatonia, we reported that schizophrenia was the more frequent psychiatric disorder and that the mortality and morbidity were severe. Then we highlighted that catatonia was associated with a high prevalence of organic conditions, in particular, autoimmune disease, genetic and metabolic conditions. For both disorders, a high rate of severe psychosocial environmental factors (e.g., maltreatment) was observed, regardless of the etiology. Severely ill inpatients as presented here represent a major challenge in their hospital care especially in case of ID or ASD. In our experience, inpatients stays are long and requires a multidisciplinary approach using milieu

therapy, behavioural interventions, pharmacotherapy and electroconvulsive therapy in some cases.

References:

1. Consoli, A., Brunelle, J., Bodeau, N., Louët, E.,

Deniau, E., Perisse, D., . . . Cohen, D. (2014). Diagnostic transition towards schizophrenia in adolescents with severe bipolar disorder type I: An 8-year follow-up study. *Schizophr Res*, 159, 284-291.

SIMPOSIO 43. GENETICS AND BEHAVIOR IN AUTISM RESEARCH - FROM THE BENCH TO THE BEDSIDE II: ENDOPHENOTYPES AND CLINICAL CONSIDERATIONS*Chairpersons:*

Devanand Manoli, MD, PhD, Vanessa Hus Bal, PhD

Autism spectrum disorders (ASDs) encompass a heterogeneous group of neurodevelopmental disorders that also include enormous phenotypic heterogeneity in adaptive function, cognitive and language abilities, and neurological comorbidities. Understanding the relationship between behavioral and biological endophenotypes in ASDs will facilitate identification of common molecular and genetic pathways that contribute to the diverse symptoms that comprise these syndromes. This symposium will focus on recent studies geared towards refining clinical and behavioral endophenotypes based on genetic markers and behavioral symptoms with the goal of tailoring treatments and informing our understanding of the biological processes underlying these disorders.

First presentation**“Genetic factors and ASD epidemiology”**

Young Shin Kim, MD, MS, MPH, PhD

University of California, San Francisco, Department of Psychiatry

While ASD phenotype in clinical population (those who seek clinical care) is well established, little is known for ASD phenotype in those who did not have sought clinical care (non-clinical population). Such gap of knowledge hinders efforts for early identification and early intervention. To investigate factors that might hamper early identification of Autism Spectrum Disorder (ASD), this presentation examined differences between early developmental histories, comorbid conditions and adaptive functions in an epidemiologically-ascertained group of children with ASD (Clinical and Nonclinical ASD groups), those who were screened positive but confirmed not to have ASD (No-ASD), and a group of typical, community children (N=5,222). The Clinical ASD group had delayed motor, speech and cognitive development, scored lower on the Externalizing Problems composite, Aggression, and Conduct problems scales than did the No-ASD group, whereas the Non-clinical ASD group did not differ from the other two groups

except on the Conduct Problem scale. Further, the Clinical ASD group significantly scored lower than the other two groups the Adaptive Skills composite. The scores of the Clinical ASD group on the Social Skills and Leadership scales were lower than those in the No-ASD group, but not those in the Non-clinical ASD group. These findings suggest that the frequent comorbid behavioral problems and higher adaptive skills as well as on-time achievement of developmental milestones of children in a non-clinical population, compared to a clinical population could mask their core ASD symptoms, resulting in a delay for caretakers to seek appropriate services for these children.

References:

1. Kim YS, et al. (2014) A comparison of DSM-IV pervasive developmental disorder and DSM-5 autism spectrum disorder prevalence in an epidemiologic sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 53:500-8.

Second presentation

“Minimally verbal adults with ASD: Differentiating language deviance from language delay in a 16 year-follow up study”

Vanessa Hus Bal, PhD

University of California, San Francisco, Department of Psychiatry

The spoken language abilities of individuals with Autism Spectrum Disorder (ASD) vary widely. A young child's use of language to communicate is an important predictor of social functioning in later childhood and adolescence; yet, our understanding of what influences expressive language development is limited (i.e., how do children with delays who go on to develop speech differ from those who never acquire spoken language; Tager Flusberg & Kasari, 2013). Using data from 102 children referred for ASD before 3 years of age, this study examined the relationship between early impairments in expressive language and young adult achievements. In general, children who displayed greater cognitive and language deficits at age 3 were more likely to have lower language levels at age 18. However, some children with significant language delays went on to develop fluent speech and some children did not develop spoken language despite their cognitive abilities suggesting

language development may be expected. The pattern of development across childhood and adolescence was a better predictor of adult skills in other areas than preschool language levels alone. These findings show that language delayed preschoolers exhibit a range of language abilities as young adults, underscoring the importance of considering language development over time (rather than language ability at a single developmental time point) when seeking to understand the biological mechanisms related to language impairments in ASD. Results also suggest that, while early development plays an important role in predicting attainment of adult skills, the rate and level of skill development varies, leading to different young adult outcomes.

References:

1. ASD: The Neglected End of the Spectrum. *Autism Research*, 6, 468–78.

Third presentation

“Age of walking in children with ASD: Associations with intellectual disability and de novo mutations”

Somer Bishop, PhD

University of California, San Francisco, Department of Psychiatry

Despite attempts to link phenotypes to genetics in research on autism spectrum disorders (ASD), there has been limited progress in this area. A significant barrier to progress is that ASD symptoms vary significantly within and across individuals as a function of age and intellectual ability, making it challenging to relate ASD symptoms at a single point in time to underlying genetics. Using behavioral trajectories as phenotypes for neurobiological research will likely be more fruitful, but longitudinal trajectories of individuals with ASD are difficult to

acquire. This presentation will discuss findings from two studies designed to explore the possibility that age of walking could be used as a proxy of early developmental trajectory to stratify children with ASD into subgroups that are more etiologically similar. Study 1 tested the relationship between delayed walking and severity of ID in a large clinical database of children with ASD (n=903) vs. other developmental disabilities (Bishop, Thurm, Farmer, & Lord, 2015). Study 2 extended this work to determine the association between delayed walking and

de novo mutations in children with ASD from the Simons Simplex Collection (SSC). In study 1, lower IQ scores were associated with increased rates of late walking in both ASD and non-ASD groups, but children with low IQ were more likely to show delayed walking in the absence of ASD. This raises the possibility of separate etiological pathways to ID in children with ASD compared to those with other non-ASD disorders. Furthermore, results of Study 2 indicated that children with ASD with de novo mutations (i.e., “syndromic” ASD) showed significantly higher rates of late walking compared to sex, age, and

IQ matched children with no genetic findings (i.e., “idiopathic” ASD), suggesting that age of walking may serve as a useful stratification variable in research aimed at elucidating the biological mechanisms underlying more complex clinical phenotypes.

References:

1. Bishop, S. L., Thurm, A., Farmer, C., & Lord, C. (2015). Autism Spectrum Disorder (ASD), Intellectual Disability, and Delayed Walking. *Journal of Pediatrics*, 137(3).

SIMPOSIO 44. IMPULSIVE & SUICIDAL ADOLESCENTS: PEDIATRIC AND PSYCHIATRIC ACADEMIC PEARLS TO HELP GUIDE CLINICIANS' DAY TO DAY PRACTICE

Chairperson:

Gabriel Kaplan, MD

Clinical Associate Professor of Psychiatry, Rutgers NJ Medical School, Newark, NJ, USA.

Medical Director Behavioral Health, Bergen Regional Medical Center, Paramus, NJ, USA

First presentation:

“The Antidepressant-Suicide Dilemma: What Is The Clinician To Do?”

Gabriel Kaplan, MD

Yonatan B. Kaplan

Rutgers New Jersey Medical School, Newark, NJ, USA

The rate of prescription of psychotropic agents for children and adolescents has been on the rise since the late 90s. In the early 2000s, the US Food and Drug Administration (FDA) reviewed data from antidepressant trials in youth and determined that, although no completed suicides occurred among nearly 2,200 subjects treated with antidepressant medications, about 4% of those taking these agents experienced suicidal thinking or behavior. Overall, the behavior noted was at least twice the rate of those taking placebo. In 2004, the FDA mandated that all antidepressants carry a black box warning (BBW) regarding the potential risk for suicidal behavior in patients up to 18 years old. Following additional analysis, in 2007 the warning expanded to include patients up to age 24.

In the decade since the BBW was issued, a controversy

remained unresolved regarding its on public health and individual patient care. Two opposite but equally passionate points of view are expressed in the literature. Namely, that the BBW either possibly had the unintended detrimental consequence of increasing the adolescent suicidal behavior rate or, to the contrary, that it had no influence on this rate and also protected adolescents from the potential harm of unrestrained prescribing. In the face of such contradictory opinions voiced by authoritative academicians on each side of the controversy, what is the clinician to do? This presentation will review the available published data and examine the findings proposed by each camp to support its view. With the aim of providing guidance for clinicians in the context of the controversy, the symposium will offer a model for assessing risks/benefits and educating families/patient

regarding the BBW to facilitate the process of obtaining informed consent.

References:

1. Stevens et al. Strategies for the prescription of psychotropic drugs with BBW Psychosomatics 2014;55:123-133

Second presentation

“Enhancing care via integrating Pediatrics and Psychiatry in the Treatment of the Impulsive/Suicidal Adolescent”

Donald E. Greydanus, MD

Professor, Pediatric and Adolescent Medicine

Western Michigan University School of Medicine, Kalamazoo, MI, USA

Despite the improved ability to identify youth conditions that respond to treatment, there is a shortage of child and adolescent psychiatrists that threatens adequate access to care. Pediatricians can mitigate such access issues. For instance, the American Academy of Pediatrics proposes competencies requisite for providing mental health and substance abuse services in pediatric primary care settings and recommends steps toward achieving them. Pediatricians can also increase the complexity of care they deliver by consulting with specialists via network systems available in some US States. This inter-specialty collaboration can also be helpful in prevention efforts as pediatricians have access to earlier manifestations of psychiatric illness during routine medical well visits and thus can help mitigate the consequences of untreated conditions.

This presentation will review aspects of the pediatric history and physical exams that can contribute to improving the care of youth at risk or currently suffering from mental illness. For instance, history of decreased school performance and irritability can point to drug use and skin findings of self-mutilation may indicate the possibility of major depression. Regarding treatment,

pediatricians can also offer in-office management of ADHD as well as brief intervention approaches to address substance abuse. The audience will also learn about the state of Michigan’s child mental health consultation system that connects pediatricians with child psychiatrists for telephonic consultations. Such telephonic collaboration enables the pediatrician to handle more complex cases such as anxious and depressive conditions and also help determine if the case discussed requires higher levels of care such as inpatient admission.

At the end of this presentation, participants will be able to list pediatric history and physical exam findings relevant to improving mental health care as well as describe inter-specialty pediatric-child psychiatry collaboration models.

References:

1. American Academy of Pediatrics: The Future of Pediatrics: Mental Health Competencies for Pediatric Primary Care. Pediatrics. July 2009, 124:410-221

Third presentation:

“Self-injurious Thoughts and Behaviors Among Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder”

Juan José Carballo MD PhD

Department of Psychiatry, Child and Adolescent Psychiatric Unit

Fundación Jimenez Diaz, Universidad Autónoma de Madrid, Spain

Recent reviews have shown an association between attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and suicidal ideation and behavior, as well as between ADHD and non-suicidal self-injury behavior. Comorbid disorders such as depression, anxiety disorders, and substance use disorders are considered mediators of the association between ADHD and suicidal and non-suicidal self-injurious behavior. However, most studies have focused on the differences between a group of subjects with ADHD and a normal control group. It would be of interest for clinical practice and prevention to determine which sociodemographic and clinical factors differentiate those ADHD adolescents with self-injurious thoughts and behaviors (SITB) from those adolescents without SITB.

This presentation will: 1) review a study conducted in our Department that evaluates the prevalence of SITB in a clinical sample of outpatient adolescents with ADHD and 2) identify specific sociodemographic and clinical variables associated with SITB. The prevalence of SITB among adolescents with ADHD in our study was nearly 45%. These adolescents had significantly higher levels of self-reported depressive symptoms, greater medical

comorbidity, and a higher subjective perception of family dysfunction.

Our finding is consistent with previous reports that self-harm and suicidal behavior in youths and adults with ADHD are mediated by psychopathology, e.g. depression. As ADHD adolescents who engaged in SITB in our study rated their family functioning/support lower than their peers who did not engage in SITB, interventions increasing family connectedness and functioning might serve as a protective factor against SITB. At the end of this presentation, participants will be able to identify ADHD adolescents at a higher risk to exhibit self-injurious thoughts and behaviors. Early determination of risk factors and the development of prevention interventions will be discussed.

References:

1. Impey M, Heun R. Completed suicide, ideation and attempt in attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2012;125(2):93-102. doi:10.1111/j.1600-0447.2011.01798.x.

Fourth presentation:**“ADHD and Disorders of Impulse Control Across the Lifespan”**

Jeffrey H. Newcorn, MD

*Associate Professor Psychiatry, Associate Professor Pediatrics
Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY, USA*

ADHD is a highly prevalent condition which persists across the lifespan. Although the primary presenting pathology in adolescents and adults in clinical settings is often related to inattention, executive function deficits and their consequences, the majority of adolescents and adults with ADHD also have at least some manifestation of impulsivity. ADHD is associated with a wide range of comorbid disorders in childhood, as well as heightened risk for the development of other psychiatric disorders in adulthood. Comorbidity is also high in adults with ADHD, but there are important developmental differences. In adults, there is heightened risk for mood dysregulation, substance abuse, motor vehicle accidents, personality disorders and pathological gambling. For example, >25% of adults with pathological gambling were found

to have ADHD, with prominent impulsive symptoms. In an epidemiologic sample of adolescents, those with ADHD demonstrated more gambling behavior than those without ADHD, also in association with impulsivity and emotional problems. Moreover, methylphenidate has been shown to reduce the amount of money bet by youth with ADHD on the California Gambling Test. Several personality disorders (e.g., histrionic, narcissistic, borderline, antisocial) are substantially increased in youth with ADHD which persists into adolescence and young adulthood, and greater in persistent than remitted ADHD. Shared genetic factors are thought to partially account for the relationship between ADHD and borderline personality disorder. Neurobiological models of ADHD and its treatment suggest a basis for the relationships

across these disorders, principally via altered sensitivity to reward.

This presentation will review the developmental course of ADHD and illustrate the increased risk for comorbid disorders of impulse control in adolescents and adults. Neuropsychological and neurobiological models of impulsivity in ADHD will be presented. The possible impact of treating underlying ADHD with stimulant and non-stimulant medications (together or in combination

with psychosocial treatment) on the development and persistence of disorders of impulse control in adolescents and adults will be discussed.

References:

1. Barkley RA, Brown TE. Unrecognized attention-deficit/hyperactivity disorder in adults presenting with other psychiatric disorders. *CNS Spectr.* 2008 Nov;13(11):977-84.

SIMPOSIO 45. PERINATAL PSYCHIATRY: ADVANCES IN PSYCHOBIOLOGY AND IN THE MANAGEMENT AND CARE OF THE NEONATES AND THEIR FAMILIES

Presidenta:

Inmaculada Palanca Maresca.

Primera ponencia:

“La intervención con el recién nacido enfermo y/o prematuro en el Programa de Enlace de Psiquiatría infantil con la Unidad de Neonatología. Experiencia en la implantación de un Programa de Psiquiatría Perinatal en un hospital general”

Dra. Inmaculada Palanca Maresca. PhD. Psiquiatra Infantil.

Responsable de la Unidad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

Hospital General Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Madrid, España

Los cuidados neonatales han experimentado cambios muy importantes desde la creación de las primeras Unidades de Neonatología, favorecidos por la evidencia científica de cómo la calidad de estos cuidados afecta la evolución posterior del bebé y sus padres. En esta ponencia se describe el programa de enlace de Psiquiatría Infantil con Neonatología en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. El programa incluye: 1) la prevención en salud mental perinatal, 2) la detección e intervención clínica en psiquiatría del lactante, 3) la coordinación y el enlace con los profesionales del equipo multidisciplinar y 4) la investigación y docencia pre y posgrado. Nuestra atención se dirige a la psique del bebé hospitalizado al nacer, pero también hacia sus padres y hacia los profesionales que le atienden. En última instancia, trabajamos de diferentes maneras para facilitar la construcción de un vínculo de apego sano en circunstancias adversas de gran vulnerabilidad y/o sufrimiento, tanto para el bebé como para sus padres.

Las intervenciones con familias en la UCIn pueden mejorar el conocimiento materno, la sensibilidad, la contingencia y favorecer una mejor adaptación al estrés. La UCIn es pues, un lugar para la psicoeducación, el diagnóstico y el tratamiento de la salud mental maternal, paternal y por ende y en sí mismo, del bebé. A lo largo de la exposición se realizará un encuadre global de los cuidados neonatales centrados en el desarrollo, así como el modelo de intervención clínica en los casos derivados, basándonos en viñetas clínicas de pacientes.

Referencias:

1. Ibone Olza Fernández, Inmaculada Palanca Maresca, Isabel González-Villalobos Rincón, Ana María Malalana Martínez, Ana Contreras Sales. La salud mental del recién nacido hospitalizado: psiquiatría infantil en neonatología. *C. Med. Psicosom.* 2014;109:45-54

Second presentation

“Family Nurture Intervention in the NICU for Preterm Infants and Family”

Aaron Kaplan, BA.

MD Candidate Class of 2019.

Columbia College of Physicians & Surgeons

New York City, New York, USA

Early infancy and childhood are critical periods for shaping future health and wellbeing. Preterm birth can present an infant with severe trauma, and medical stabilization in the neonatal intensive care unit (NICU) often causes an interruption in the maternal-infant connection. These disturbances are key factors underlying the neurodevelopmental risks of cognitive, motor, or emotional disability, including autism. There has been a significant focus on preterm infants' cognitive development and achieving developmental milestones, but traditionally less focus on autonomic regulation and socio-emotional development. There has also been little elaboration of the relationship between psychosocial interventions and psychobiological effects. Here we present Family Nurture Intervention (FNI), an intervention designed for implementation in the NICU that facilitates emotional connection between mother and infant using specially trained NICU nurses. Presented results will show that infants receiving an average 6 hours per week FNI have robust brain changes

in electroencephalogram at term age, as well as socio-emotional and neurobehavioral development of preterm infants at 18 months. FNI mothers will be seen to have improved in-unit maternal caregiving, as well as mood and state at 4 months. Participants will be able to use the information acquired in this presentation to understand the importance of a novel perinatal approach that addresses the mother-infant dyad as a single unit, through an intervention that is cost-effective and shows great promise in producing neurobehavioral outcomes.

References:

1. Welch MG, Firestein MR, Austin J, Hane AA, Stark RI, Hofer MA, Garland M, Glickstein SB, Brunelli SA, Ludwig RJ, Myers MM. Family Nurture Intervention in the Neonatal Intensive Care Unit improves social-relatedness, attention, and neurodevelopment of preterm infants at 18 months in a randomized controlled trial. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015 Nov;56(11):1202-11

Tercera ponencia

“Diferencias en el desarrollo del vínculo según el tipo de cesárea: programada versus con trabajo de parto previo”

M. Azul Forti Buratti

Psiquiatría Infantil, Centro de Especialidades Argüelles, Madrid, España.

Miguel Ángel Marín Gabriel

Pediatra especialista en Neonatología, Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda, España.

M. Inmaculada Palanca Maresca

Ibone Olza Fernández

Profesora Asociada al Departamento de Medicina y Especialidades Médicas de la Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, España

En estudios previos, se ha hallado que los cambios neuroendocrinos que tienen lugar durante el trabajo de parto influyen en el desarrollo del vínculo madre-bebé y la conducta social del recién nacido, así como en la respuesta del bebé ante la separación de la madre, según el tipo de parto (cesárea versus vaginal).

El objetivo del estudio que se presenta en esta ponencia, es comparar la vinculación de la madre con su bebé recién nacido, de acuerdo al tipo de cesárea (programada versus con trabajo de parto previo) en las primeras 72 horas de vida, así como la respuesta del bebé ante la separación de la madre en las primeras 72 horas de vida.

Para ello se realizó una valoración en las primeras 48-72 horas posteriores al parto en la que se realiza evaluación del vínculo madre-bebé y respuesta a la separación y otra valoración telefónica mediante cuestionarios a las 10-12 semanas de vida. Se reclutaron 118 diadas madre-hijo (59 cesáreas programadas y 59 cesáreas con trabajo de parto previo). No se observaron diferencias significativas en el vínculo de las madres hacia los bebés y aunque el grupo de las cesáreas programadas tuvo tiempos menores

de llantos, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. En conclusión, en los resultados del estudio no se observaron diferencias en el tipo de vínculo entre ambos grupos. Tampoco se apreciaron diferencias en la respuesta a la separación medida mediante el tiempo de llanto del neonato. Los resultados pueden haberse visto influenciados por el tipo de cuidados específicos desarrollados en un hospital IHAN (piel con piel al nacimiento, promoción de lactancia materna, etc.), que pueden revertir las posibles alteraciones neuroendocrinas relacionadas con alteraciones del vínculo y el apego.

Referencias:

1. Ibone Olza-Fernández, Miguel Angel Marín Gabriel, Alfonso Gil-Sanchez, Luis M. Garcia-Segura, Maria Angeles Arevalo. Neuroendocrinology of childbirth and mother-child attachment: The basis of an etiopathogenic model of perinatal neurobiological disorders
2. Frontiers in Neuroendocrinology. Volume 35, Issue 4, October 2014, Pag 459-472

Cuarta ponencia

“Pérdidas perinatales, elaboración del duelo y prevención de la Salud Mental en posteriores embarazos”

Sabina del Río Ripoll

Psicóloga Perinatal. Directora de CALMA

Centro de Psicología y especialistas en Maternidad. Madrid, España

La muerte perinatal engloba desde la semana veintiocho de embarazo hasta el séptimo día después del parto. El impacto psíquico y emocional que tiene en las familias y la buena elaboración del posterior duelo va a depender en gran medida del apoyo externo, tanto del entorno más próximo como de los profesionales que les atiendan.

Es necesario por tanto actuar en dos líneas: La atención psicológica y psiquiátrica especializada a la familia (fundamentalmente a la madre) en el momento de la pérdida y en el siguiente embarazo; y la formación específica en duelo perinatal a todos los profesionales que atienden mujeres y bebés durante la gestación y el parto.

Desde Salud Mental hemos de tener en cuenta las peculiaridades de este tipo de duelo, conocer las variables que van a favorecer el desarrollo de un duelo adaptativo y las que por el contrario lo van a dificultar o impedir. Así mismo, es imprescindible una pronta y continuada atención y detección en el siguiente embarazo y en los primeros tiempos del puerperio donde se valore el establecimiento del vínculo con el nuevo bebé y la posible aparición de psicopatología tanto en la madre como en el bebé.

A su vez, es fundamental desarrollar y difundir protocolos y guías de actuación en los hospitales y facilitar formación en duelo perinatal a todos los profesionales que atiendan a madres y neonatos.

242

Un buen trabajo preventivo donde se aborde de manera adecuada la muerte perinatal puede evitar la instauración de sintomatología psiquiátrica y una medicalización innecesaria tras la pérdida y en siguientes embarazos.

Referencias:

1. Ellis A, Chebsey C, Storey C, et al. Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences. BMC Pregnancy and Childbirth. 2016;16:16. doi:10.1186/s12884-016-0806-2.

Para descargar un lector de QR en su teléfono inteligente o tableta, puede usted acudir ahora mismo al enlace <http://www.neoreader.com/get-neoreader/wap-download>, y bajarse gratuitamente un lector de confianza, que le permitirá copiar los pósters que ofrezcan dicho código.

To download a QR reader application in your smart-phone or tablet, you can go now to <http://www.neoreader.com/get-neoreader/wap-download>, and access a trusted free app which will allow you to copy the posters that offer this option.

PÓSTERS

1. SCREENING FOR INTERNALIZING PSYCHOPATHOLOGY USING THE STRENGTHS AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE: A COMPARISON BETWEEN SELF-REPORT AND PARENT VERSIONS

Rodriguez Criado N.1; Forti-Buratti M. A.2; Segura-Frontelo A.3; Rodriguez-Blanco L.2; Baca-García E.2; Carballo Belloso J. J.2

Hospital Universitario De Móstoles¹; Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz²; Hospital Rey Juan Carlos³, Madrid, España

The objective of the present study was to analyze the screening abilities of the Strength and Difficulties Questionnaire Emotional Subscale (SDQ-EMO) in the evaluation of internalizing psychopathology. Method: The sample consisted of 223 adolescents (11 to 17 years old; mean age 13.54) referred to Child and Adolescent Mental Health Services. Of the whole sample, 136 (61%) were males. Adolescents completed the self-report Spanish version of the SDQ, the Spanish adaptation of the Child Depression Inventory (CDI), and the Spanish adaptation of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) or STAI for children (STAIC), depending on the age. Parents completed the parent version of the SDQ. Correlations between SDQ-EMO and CDI, STAI, and STAIC were conducted using non-parametric tests. Receiver operating curve (ROC) and likelihood ratios (LRs) were calculated. The screening abilities of the SDQ-EMO were examined using ROC-analysis.

Results: SDQ-EMO adolescent version (SDQ-EMO-A) showed higher correlations with the other tests compared to SDQ-EMO parent version (SDQ-EMO-P). The AUC results indicated that the SDQ-EMO-A showed the highest screening abilities to predict depressive and anxiety symptomatology with medium predictive power when applying Swets criteria.

Limitations: Convenience clinical sample. Depressive and anxiety phenotypes were measured by self-reported instruments. Lack of a diagnostic structured interview.

Conclusion:

Our study supports the use of the SDQ-EMO for the screening of internalizing psychopathology in adolescent samples, especially the self-report version.

2. 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

Sesma Pardo E.; Fernandez Rivas A.; Kerexeta Lizeaga I.; Orgaz Barnier P.; Diaz Cosgaya A.; Gonzalez Torres M. A.

Hospital Universitario De Basurto, Bilbao, España

Introducción: Los trastornos de conducta en la adolescencia representan una patología de intensa gravedad y son la causa más frecuente de demanda de atención en salud mental en la adolescencia. En los últimos años han aparecido investigaciones cuantitativas en las que se evalúa la eficacia de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) según el modelo de Linehan aplicada a adolescentes con Trastorno de Conducta, sin embargo no existen investigaciones cualitativas al respecto. Así surge el actual proyecto de investigación becado por la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente cuyos avances exponemos.

Métodos: Se pretende llevar a cabo un análisis cualitativo a través de grupos focales con el fin de conocer datos que no se han recogido por escalas cuantitativas sobre la experiencia subjetiva de los pacientes diagnosticados de Trastorno de Conducta que han realizado la formación en Habilidades Psicosociales según el modelo de TDC.

Resultados: Realizamos la selección de pacientes a través de una entrevista individual con el investigador principal. Desde Junio 2015 el equipo investigador se

reúne con una periodicidad mensual; 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 preguntas potenciales para así poder seleccionar las preguntas definitivas a partir de dos entrevistas piloto individuales preliminares. En el momento actual la muestra se compone de 29 pacientes los cuales se han distribuido en tres grupos focales realizados de forma consecutiva el 26/10/2015, el 27/11/2015 y el 29/12/2015. Cada sesión ha sido transcrita y analizadas por el equipo investigador con el fin de valorar la conveniencia de realizar modificaciones en el guion del grupo focal teniendo en cuenta la información obtenida por los participantes en el grupo focal previo. En el momento actual se está llevando a cabo el análisis de las transcripciones, identificándose fragmentos de discurso que se refieren a matices equivalentes, definiéndose categorías y asignándose códigos de identificación.

Conclusiones: El discurso de los adolescentes que han participado en el grupo de formación en Habilidades Psicosociales según el modelo de TDC aportará significados de utilidad en la comprensión de aspectos relacionados con:

- Los Trastornos de Conducta.
- La utilidad del entrenamiento en Habilidades Psicosociales según la TDC.
- 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.

3. PRESCHOOL EXPULSION AND SUSPENSION: TEACHERS' FEELINGS AND BELIEFS OF CHILDREN'S CHALLENGING BEHAVIORS AS A PREDICTOR OF EXPULSION

*Londono Tobo A., MD; Accavitti M., BS; Reyes C. PhD; Maupin A., PhD; Gilliam W.S., PhD
Yale Child Study Center, New Haven, CT, USA*

Introduction: Teachers' appraisal of challenging behaviors may lead them to suspend/expel children, potentially causing severe lasting repercussions on children's mental health. This study aims to understand

why some teachers choose to expel a child while others may not by exploring the relationship between teachers' history of prior suspension/expulsion and their current appraisal of children's challenging behaviors.

Methods: We collected data from teachers (N=103) at a national early childhood education conference in the United States. Teachers were given a vignette of a preschool child presenting challenging behaviors, and were asked to answer questions as if the vignette child were in their classroom. Teachers completed the Preschool Expulsion Risk Measure (PERM), a 12 item questionnaire that measures the likelihood of teachers expelling a child based on (a) severity of classroom disruption, (b) likelihood that the teacher may be held accountable for the child's behaviors, (c) likelihood for behavioral improvement, and (d) amount of teacher job stress caused by the behavior. Teachers were also asked whether they would recommend expulsion of the child, as rated on a 5-point Likert scale. We analyzed the data using ANOVAs.

Results: In this sample, 14.6% of teachers suspended/expelled a child in the past year. Results from the PERM indicated that teachers who had previously expelled/suspended a child did not rate the vignette child's behavior as being more severely disruptive when compared to teachers without prior history of suspension/expulsion. However, teachers with prior suspension/expulsion histories rated the vignette child's behavior as significantly (a) more likely to cause a problem by which the teacher would be held accountable ($F(1,95) = 7.82, p < .01$), (b) less likely to improve ($F(1,95) = 9.5, p < .01$), and (c) more likely to cause greater teacher job stress ($F(1,95) = 6.6, p < .01$). Additionally, teachers with a history of suspension/expulsion were more likely to recommend the expulsion of the vignette child. **Conclusions:** These results suggest that teachers with a history of suspending/expelling tend to perceive children's challenging behaviors as more likely to cause liability issues and job stress, and be less likely to improve. This study provides preliminary evidence that preschool expulsion decisions may be more related to teachers' feelings/worries about accountability, stress, and behavior improvement than to specific child behaviors. Future research should focus on the underlying factors that mediate preschool expulsions, including

teacher mental health, to improve the management of challenging behaviors, reduce suspensions/expulsions, and prevent adverse child emotional outcomes.

4. DISFORIA DE GENERO O NO?

Yamamoto C. D. S.1; Matas Ochoa D. A. M.2; Martínez Núñez D. B.1; Tur Salamanca D. N.2
Hospital Central De La Defensa Gomez Ulla¹; Hospital Clínico San Carlos², Madrid, España

Introducción: Disforia de Género, es el término utilizado para designar la insatisfacción resultante del conflicto entre la identidad de género y el sexo asignado.

En niños y adolescentes la Disforia de Identidad de Género (DIG), es una entidad clínica compleja, que requiere una correcta respuesta a la demanda que expone el paciente, y cuyo resultado es variable e incierto, pues solo unos pocos casos serán transexuales en la vida adulta.

Objetivos: El objetivo del presente trabajo es presentar un caso clínico de posible DIG y efectuar una revisión sobre dicha entidad.

Métodos: Se expone un caso clínico valorado en la unidad de psiquiatría infanto-juvenil, se trata de una adolescente mujer de 15 años de edad, la cual manifiesta disgusto, malestar, así como dudas en relación a su identidad de género. Ante la posibilidad de estar ante un caso de DIG, realizamos una revisión bibliográfica de los últimos 10 años utilizando PubMed.

Resultados: Se seleccionan y exponen los datos más importantes sobre DIG hallados tras la revisión bibliográfica. Es así como nos encontramos con una paciente que presenta, sintomatología depresiva y ansiosa predominante en el momento de la evaluación, síntomas que podrían relacionarse con conflictos familiares y que deben ser evaluados antes de pensar en un diagnóstico de DIG. En estos casos la fase diagnóstica puede alargarse y el tratamiento debe orientarse a resolver otros cuadros que puedan producir malestar.

Conclusiones: Podemos concluir que, estos casos hay que evaluarlos cuidadosamente de forma amplia e intentando detectar posibles factores psicosociales que

puedan estar confundiendo e impresionen de un DIG.

En la atención a menores es indispensable un seguimiento longitudinal para realizar un diagnóstico fiable, y no su evaluación en un único punto en el tiempo, considerando sobre todo que la adolescencia es un periodo cambiante, por este mismo motivo debemos ser cautos con estos casos por las posibles consecuencias que podríamos generar.

5. MADRES ADOLESCENTES DE VALPARAISO: RIESGO RELACIONAL, APEGO Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS

Carrasco Riquelme P.1; Sepulveda E.2
Hospital De Quilpue¹; Hospital Carlos Van Buren², Valparaíso, Chile

Introducción: El embarazo adolescente es considerado un factor de riesgo tanto para la salud de la madre como para la de su futuro hijo. Pudiera plantearse que el hecho de cursar una doble crisis, la de su etapa evolutiva con la maternidad de manera simultánea, pone en riesgo la relación vincular de la diada.

Objetivos: Evaluar la asociación entre presentar riesgo relacional materno-fetal y riesgo relacional madre-bebé, controlando por la variable tipo de cohorte. Además, evaluar el tipo de apego y presencia de síntomas depresivos entre madres adolescentes y adultas durante la gestación y en el período postparto.

Metodología: Estudio observacional prospectivo de dos cohortes de primigestas (adolescentes y adultas), pertenecientes a centros de atención primaria de Valparaíso durante el año 2013. Se realizaron dos momentos de evaluación: al ingresar al estudio (cursando el tercer trimestre de embarazo) y a los 3-4 meses postparto. Se aplicaron los siguientes instrumentos: Escala de Lazos Parentales, Escala de Riesgo Relacional, Escala de Edinburgo.

Resultados: Muestra inicial de 62 participantes, sólo 50 completaron el estudio. Adolescentes presentaron: mayor prevalencia de apego no seguro que las madres adultas ($p=0,012$); mayores tasas de riesgo relacional materno-fetal y madre-bebé ($p=0,076$ y $0,086$), mayor prevalencia de síntomas depresivos en el período

postparto ($p=0,076$). En el análisis estratificado, la presencia de riesgo relacional materno-fetal constituiría un factor de riesgo para presentar alto riesgo relacional madre-bebé (RR 2,53; IC 1,66-3,87), la presencia de síntomas depresivos durante la gestación aumentó 14 veces la probabilidad de presentar síntomas depresivos en el postparto (RR 14,28; IC 1,99-102,12) y la presencia de síntomas depresivos durante el postparto también sería un factor de riesgo para presentar riesgo relacional madre-bebé (RR 3,11; IC 1,02- 9,45). No se observó diferencias entre ambas cohortes.

Conclusiones: La pesquisa precoz de factores de riesgo, como la presencia de riesgo relacional materno-fetal y los síntomas depresivos gestacionales, permitiría dirigir intervenciones tempranas de manera oportuna y eficaz, para amortiguar el impacto en el proceso de vinculación.

6. AUDIT TO DETERMINE STANDARDS OF ASSESSMENT AND MANAGEMENT OF YOUNG PEOPLE PRESENTING TO A TIER 4 INPATIENT UNIT WITH SYMPTOMS OF AN EMERGING BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

*Avent C.1; Martinez-Herves M.2; Jagdev D.2
Aquarius Adolescent Inpatient Unit, South West And St George's Mental Health Nhs Trust¹; Aquarius Adolescent Inpatient Unit, Sw London And St George's Mental Health Nhs Trust², U.K.*

Introduction: Adolescents' personality psychopathology can be hard to distinguish from normal development. But assessment and management of personality difficulties are important as significant reductions in symptoms and dysfunction can be gained through interventions during adolescent years (Hawes, 2014).

Research in this area is limited and clinical practice variable. An audit was conducted in an adolescent inpatient unit in South London to determine whether local practice was concordant with national standards (NCCMH, 2009).

Methods: Adolescents presenting with symptoms requiring further assessment for Borderline Personality Disorder (NCCMH, 2009) admitted to the inpatient unit between 1st July and 1st December 2015, were considered for inclusion. A fifth of these were excluded based on clinical judgment of treating psychiatrists, leaving a total sample of 15 adolescents with significant pervasive and persistent BPD symptoms.

Data were collected from patients' clinical records, including: demographics, ICD-10 diagnoses, symptoms suggestive of BPD, evidence of care planning, risk assessment and management and reason for admission.

Results: Of the sample, 13 were admitted to manage an acute crisis, one to manage chronic risk and one to treat a co-morbid condition. For those in acute crisis, the time limited nature of the admission was discussed in 61.5% and clear admission goals were documented in 53.8%.

Of the sample, 93.3% had a comprehensive care plan. The roles and responsibilities of the professionals involved were described in 57.1% of the care plans, short-term treatment aims in 78.6% and long-term goals in 35.7%. 80.0% of the patients had a documented crisis plan while all patients had a risk assessment.

Only one patient was prescribed medication to treat the symptoms of BPD, while a third were prescribed psychopharmacology to treat co-morbid conditions.

On discharge, psychological therapies were discussed in 80% of cases, and Dialectical Behavioral Therapy was considered in 61.5% of cases.

Conclusion: To improve practice, doctors will be trained to routinely discuss the time limited nature and goals of crisis admissions. The content of care and crisis plans will be improved through use of a standardised template subject to regular review.

National standards (NCCMH, 2009) caution against the use of psychopharmacology specifically to treat BPD symptoms, and this largely concurred with local practice. To ensure discussions of longer-term psychological therapy are documented, the local discharge summary template will be modified.

The findings of this audit will be presented to ensure the action plan is widely endorsed. A re-audit will be undertaken in October 2016.

7. CATATONIA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA CIENTÍFICA NEUROPSIQUIÁTRICA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

Paris Pérez J. A.1; Fraga Fraga S.2; Ayora Rodríguez M.3; Espliego Felipe A.4; Moreno M. D.4; Arango López C.4

Hospital Universitari Vall D'hebron()¹; Complexo Hospitalario De Pontevedra²; Hospital General Universitario Reina Sofía³; Hospital General Universitario Gregorio Marañón⁴, España*

Introducción: La catatonía, síndrome clínico descrito en 1874 por Kahlbaum y actualmente considerado un especificador de diagnósticos superiores en el DSM-5, ha decrecido indudablemente, tanto en incidencia como prevalencia, con el paso de los años. Habitualmente relacionada a entidades psicóticas (primarias o secundarias), la identificación y tratamiento asertivo de los trastornos mentales, así como su evolución natural y manifestación clínica, juegan un papel clave en su menor presencia en la clínica diaria y por tanto en la literatura científica. Poco investigado en la infancia y adolescencia, es un reto clínico aún vigente y para el cual la literatura es en ocasiones contradictoria, dificultando la unificación de criterio y abordaje certero.

Método: Se diseña búsqueda sistemática en la plataforma online PubMed del National Institute of Health (NIH), iniciando por la aplicación de los filtros: Publicaciones en el últimos 10 años, Edades comprendidas entre el nacimiento y los 18 años de edad, Publicaciones en inglés o castellano, ciñendo a los siguientes tipos de publicación: Systematic Review, Review, Practice Guideline, Pragmatic Clinical Trial, Observational Study, Multicenter Study, Meta-Analysis, Guideline, English Abstract, Controlled Clinical Trial, Comparative Study, Clinical Trial, Case Report.

Con estos parámetros, se busca el término Catatonia, resultando en 99 artículos. Circunscribiendo la búsqueda a los principales trastornos mentales, se conjuga Catatonia con los siguientes términos: Schizophrenia, Psychosis, Bipolar Disorder, Mania, Depression, MDD, Autism, ASD.

A fecha del 19 de diciembre de 2015, esta búsqueda resulta en 50 publicaciones que cumplen los parámetros. Tras revisión de abstracts, se retiran 9 publicaciones por encontrarse fuera de los parámetros de búsqueda o cumplir criterios de exclusión (p.e.: NO neuropsiquiatría [intoxicaciones], fuera de rango de edad, etc.).

El resultado final son 41 publicaciones que se revisan para la presente investigación.

Conclusiones: Queda en evidencia el predominio de publicaciones limitadas a describir casos y su abordaje (21 + 2 series de casos), con solo 1 estudio prospectivo y 1 ensayo clínico, con una tendencia actual de publicaciones sobre catatonía en Trastornos del Espectro Autista (24 publicaciones específicas vs. 9 de psicosis 1a o 2a), relacionándose a posible disfunción del sistema GABA en dichos trastornos, llamando la atención la descripción de la catatonía en Encefalitis anti-NMDA (3) y cuadros neuropsiquiátricos relacionados. A pesar de ser el Lorazepam el tratamiento con mayor evidencia previa, las publicaciones actuales defienden la utilización de la Terapia Electroconvulsiva, aguda y de mantenimiento, como herramienta indispensable, sumado a coadyuvantes según necesidad clínica.

8. ADOLESCENCIA FEMENINA: PENSAMIENTO, CUERPO Y ACCIÓN

Ortega Garcia M. D.1; Diaz-Caneja Greciano M. A.1; Belmar Simó A.1; Andrés Espallardo S.1; García Marín S.2

Centro De Salud Mental Cartagena¹; Centro De Salud Mental Lorca², España

Se ha señalado muchas veces que la palabra “adolescencia” procede del latín adolescens (muchacho joven), la cual procede de adolescere, que significa “crecer”, y de su raíz doleo que significa “dolor”; es decir que etimológicamente se une el crecimiento al dolor, al hecho de adolecerse. Ello es así porque se trata de una época de cambios y hay una ley psíquica que enuncia lo siguiente: “TODO CAMBIO PRODUCE ANGUSTIA”, “Todo cambio genera ansiedad”.

El duelo que vive el adolescente tanto de la pérdida de su cuerpo infantil como en la separación de sus objetos de amor y de odio, así como la búsqueda de su identidad, representan una vuelta al mundo interno infantil, pero con

la necesidad de dejarlo atrás para continuar el desarrollo vital. Mucha es la fuerza emocional que se invierte en este proceso, la importancia de la construcción psíquica del cuerpo y los avatares pulsionales del adolescente.

Se presentan 3 casos clínicos de chicas adolescentes que acuden a una Unidad de Salud Mental Infato-Juvenil con clínica caracterizada principalmente por pensamientos obsesivos, somatizaciones y autolesiones, respectivamente: C. es una adolescentes de 15 años con importantes dificultades en la diada madre-hija con pensamientos obsesivoides, culposos que se inician en la prepubertad; S. es una adolescentes de 14 años con somatizaciones desde los 12 y, C. es una adolescentes de 13 años con autolesiones en los momentos de frustración.

Se lleva a cabo una descripción psicopatológica de los casos, intervenciones psicofarmacológicas y terapéuticas realizadas, así como una reflexión teórica sobre los destinos del síntoma en la adolescencia.

9 . DÉFICIT DE VITAMINA B12, ÁCIDO FÓLICO Y HIERRO EN POBLACIÓN INFANTIL CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

De Castro C.1; Solerdelcoll M.1; Espinosa L.1; Morer A.2; Baeza I.2

Departamento De Psiquiatría Y Psicología. Instituto De Neurociencias, Hospital Clínic De Barcelona¹; Departamento De Psiquiatría Y Psicología Infanto-juvenil. Instituto De Neurociencias, Hospital Clínic De Barcelona², Barcelona, España.

Introducción: La malnutrición infantil es una de las principales causas de enfermedad en población infantil. En países desarrollados la malnutrición está relacionada con la deficiencia de micronutrientes, tales como el hierro, el ácido fólico(folato) o la vitamina B12(B12). Dichas deficiencias durante la gestación o en los primeros años de vida están relacionadas con alteraciones en el neurodesarrollo. En los últimos años, se ha intensificado el interés por elucidar el papel de dichos micronutrientes en el desarrollo de enfermedades psiquiátricas. Sin embargo, existe escasa bibliografía acerca del impacto de dichas deficiencias de nutrientes durante la edad escolar (5-15 años). Estudios recientes hablan del potencial papel de los déficits de folato, B12 y hierro en el desarrollo de trastornos psicóticos.

Objetivo: El objetivo de este estudio es describir la posible deficiencia de hierro, folato y B12 en menores de 18 años con patología psiquiátrica y comparar según patología.

Método: Estudio retrospectivo de los pacientes menores de edad que han estado en régimen de hospitalización aguda psiquiátrica en el Hospital Clínic de Barcelona, durante el año 2015. Se han recogido edad, sexo, diagnósticos psiquiátricos, valores de B12, folato, hemoglobina (Hb), hierro y ferritina.

Resultados: La muestra consiste en 278 pacientes, 62% mujeres, rango de edad: 4-17 años. El 5% eran menores de 12 años. No se han encontrado alteraciones significativas en la muestra infantil. En los adolescentes, un 30% tenían déficit de hierro, un 21% de ferritina, un 11% de Hb, un 7% de folato y un 6% de B12. Los déficits de hierro y ferritina, así como alteraciones en la Hb han sido hallados principalmente en mujeres. Por diagnósticos, el déficit de hierro y ferritina no son valorables por insuficiencia de datos. Se ha detectado déficit de Hb en más de un 10% de pacientes con trastorno psicótico, trastorno de la conducta alimentaria (TCA) y depresión. En cuanto a B12 y folato, el déficit se encuentra entre el 5 y el 10% en trastorno psicótico, depresión, TCA y trastornos disruptivos.

Conclusión: A pesar de que no existen publicados datos en población general infanto-juvenil española sobre los niveles de los parámetros analizados, ha resultado significativo que los pacientes con trastorno psicótico, depresión, TCA y trastornos disruptivos tengan un porcentaje de hasta un 10% de vitamina B12 o ácido fólico. Habría que realizar un estudio comparado con sujetos controles sin patología psiquiátrica para confirmar si existe un déficit en los pacientes con patología psiquiátrica.

10. ESTIGMA, ENFERMEDAD MENTAL Y SUPER HEROES: MARVEL 2004-2010

Real Dasi A.1; Gisbert Gustemps L.1; Borrás Crusat J.2; Dot Pallarés M.2; Calabuch Vicent A.2

Centro De Salud Mental Infanto Juvenil, Hospital San Rafael¹; Centro De Salud Mental Infanto Juvenil Hospital San Rafael²

Introducción: La cultura popular ha mostrado distintos enfoques de los trastornos mentales, ocasionalmente de forma realista y en otras de forma dramática/estigmatizadora. Una presentación negativa de un enfermo por su patología contribuye a estigmatizar a las personas que presentan dicho trastornos.

El objetivo de este estudio es realizar una revisión de la imagen mostrada sobre la enfermedad mental en los comics Marvel, los más populares en la actualidad.

Método: Se analiza la línea principal de publicación Marvel (Vengadores, Nuevos Vengadores, Vengadores Oscuros y Poderosos Vengadores) en busca de personajes con trastorno mental, así como una valoración del abordaje positivo o negativo de la enfermedad. También se analizan las referencias a cualquier patología psiquiátrica y su consideración.

Para ampliar dicha información, se revisa para este periodo de publicación la serie específica del personaje con enfermedad mental citado en la línea principal. En total se revisan más de 300 comics en cuatro líneas principales y seis específicas.

Resultados: Se objetivan alusiones a diversas enfermedades mentales y conductas relacionadas. En concreto se presentan personajes (tanto villanos como héroes) afectos de trastorno bipolar (Norman Osborn/Iron Patriot), trastorno depresivo (Hank Pym/Ant Man), esquizofrenia paranoide + patología dual (El Vigia), alcoholismo (Tony Stark/Iron Man), trastorno estrés post traumático (varios) crisis de ansiedad (varios) y agorafobia (El Vigia).

En varios casos los protagonistas son terapeutas, psiquiatras o psicólogos, aplicando su actividad de forma normalizada. Se presentan dos casos de terapia psicológica (Penitencia, Hulk) y un abordaje en grupo de consumo de alcohol (Iron Man) como positivos.

La terapia no solo es valorada positivamente sino recomendada en casos de situaciones personales (3), consumo de sustancias (2), cuadros afectivos o ansiosos (4) y estrés post traumático (3).

Se destaca una correcta integración de un personaje tras el correcto tratamiento de su trastorno bipolar, y su recaída solo tras serle manipulada la medicación.

Conclusiones: En global se puede hablar de una valoración no estigmatizante, disponiendo personajes

(incluso en tratamiento) de confianza y posiciones de poder/prestigio. En todos los casos los protagonistas son admitidos (con más o menos reservas) como elementos positivos para el grupo.

En ningún caso se presenta de forma estigmatizada la medicación, que es en al menos cinco veces nombrada como una situación normalizada (Osborn, Vigia, AntMan, Tony Stark o Penitencia).

Si se observa la presencia de comentarios críticos sobre dos personajes utilizando como argumento la enfermedad mental. En ambas situaciones son reconvenidos o matizados por otro protagonista.

11. THE ESSENTIALS OF THERAPY VERSUS MEDICATION MANAGEMENT IN THE TREATMENT OF SELECTIVE MUTISM: A CHILD WITH RESOLUTION OF SYMPTOMS AFTER EXTENSIVE THERAPY ALONE

*Sonia Demetrios, MD; Juan Penaloza, MD
Albert Einstein College Of Medicine, Bronx, New York, EE.UU.*

Introduction: According to the DSM –V, Selective Mutism falls under the anxiety spectrum disorders. Some studies have recommended that in treating Selective Mutism, the underlying anxiety disorder/social phobia should be managed with medications such as SSRIs.

However, there is not enough strong evidence indicating that medication targeting the anxiety has proven substantial to implement it as a guideline in practice. Literature review have shown treatment with medications is more effective then no treatment at all; however these are based on non-parametric statistical tests of effect sizes (Sladeczek et al, 2002).

Method: Case Report

Results: We report a case of a 7-year-old Hispanic boy who presented to a Northeastern academic hospital clinic with inability to communicate and speak verbally since Pre –Kindergarten to present. Subsequently, he was given the diagnosis of Selective Mutism. Early intervention along with speech and occupational therapy was started at age 2. Video recordings along with history from both parents indicate that he is able to verbally

communicate normally at home, read out loud, and use text messaging with parents. However in any outside setting he was unable to verbally communicate. As a result, he started having difficulty academically in specific areas such as reading out loud, participating in activity, and communicating with other peers. However, written dialogue was above grade level. During initial sessions, patient was difficult to engage, presenting with poor eye contact and evident anxiety. Throughout the 1-year course of treatment patient was seen biweekly, only therapy was administered including intensive CBT, self-modeling and behavior modification with no medication management.

Conclusion: This case supports the importance of therapeutic techniques in the treatment of Selective Mutism. Improvement in overall prognosis and outcome is observed specifically using nonverbal skills of social engagement, and focusing on communication skills along with CBT. It is imperative to address the underlying anxiety/social phobia with self-modeling techniques along with CBT therapy rather than medication trials. Understanding the goals and duration of different therapies is essential in proper management of Selective Mutism and treatment of children with this debilitating disorder, consequently significantly improves quality of life.

12. SELF-REPORTED PSYCHOTIC SYMPTOMS IN OFFSPRING OF BIPOLAR AND COMMUNITY FAMILIES FROM BIOS: PREVALENCE, CLINICAL MEANING AND PREDICTIVE VALUE

*Birmaher B.1; Axelson D.2; Mendez I.3
University Of Pittsburgh Medical Center (upmc)1;
National Children Hospital2; Hospital Clinic I Provincial
De Barcelona3, , USA & Spain*

Introduction: The prevalence of psychotic-like experiences (PLE) is much higher than expected during childhood and adolescence, and related to a wide range of psychiatric disorders and loss of functionality. There is growing interest in the development of screening tools to easily identify this at risk population. Face-to-face interviews and self-reported questionnaires have been tested with different results. Whether they are measuring

the same phenomena is controversial. Auditory and visual hallucinations have been highlighted as the most predictive items for PLE in psychosis oriented self-report questionnaires, but have not been tested in more popular screening questionnaires for general mental health.

Objective: To explore the clinical meaning of self-reported PLE in terms of Axis I disorders, and estimate the kappa agreement scores between two self-reported PLE items (auditory and visual hallucinations) and interviewed based PLE.

Method: Longitudinal cohort study with 390 offspring of Bipolar parents and 247 from community parents, ages 6 to 18 years old at intake. Started in 2001, with follow up assessments every 2.5 years, on an average of 8.03 ± 3.43 years. Youth Self-Reported questionnaires (Achenbach, 1991) were completed at every assessment, as well as K-SADS-PL interviews (Puig-Antich, 1986). We used general linear mixed models with random effects (GLMM) for binary responses with logit link function to take in account sibling correlation.

Results: 130 offspring (20.3%) self-reported psychotic symptoms at some point of the study, compared to 95 (14.9%) when they were interviewed directly. The presence of self-reported psychosis double the risk for any Axis I DO (OR=2.1; 95% CI 1.5-3.0; $P<0.001$), with a specific association for any Psychotic DO (affected or not affected psychosis) (OR=16.7; 95% CI 5.3-52.7; $P<0.01$), followed by ADHD (OR=2.2; 95% CI 1.5-3.2; $P<0.0001$), Anxiety DO (OR=2.2; 95% CI 1.5-3.2; $P<0.0001$) and Conduct DO (OR=2.3; 95% CI 1.5-3.6; $P<0.001$). The relation between PLE Self-reported and PLE in face-to-face interviewed was evaluated as "fair agreement" on the kappa scores ($K=0.21$; 95% CI 0.1-0.3; $P<0.0001$), but not confirmed when threshold and subthreshold scores were compared separately ($K=0.16$ and 0.06; $P<0.03$ and 0.15 respectively).

Conclusions: Self-reported PLE are common both in genetic at risk and community youth populations, and should be conceptualized as a marker for any major mental disorder. Their predictive validity for the presence of PLE and Psychotic DO is confirmed. The use of self-screening tools in daily practice could be helpful as a first step approach previous the face-to-face interview.

13. ESTUDIO OBSERVACIONAL Y SEGUIMIENTO CLÍNICO DURANTE 12 MESES DE ADOLESCENTES CON CONDUCTA SUICIDA TRAS ABORDAJE DE URGENCIAS – DATOS PRELIMINARES

Paris Pérez J. A.1; Pozuelo López M. A.2; Serra Pla, J.F y Perez Rodeiguez, V.; Abad A.3; Ferrer Vinardell M.4

Servei De Psiquiatria, Hospital Universitari Vall D'hebron.¹; Servei De Psiquiatria, Hospital Universitari Vall D'hebron.programa Tlp Para Adolescents. Servei De Psiquiatria, Hospital Universitari Vall D'hebron. Grup Tlp Barcelona²; Servei De Psiquiatria, Hospital Universitari Vall D'hebron. Programa De Drogodependencies - Centro De Atención Y Seguimiento (cas) De Toxicomanías, Hospital Universitari Vall D'hebron.³; Servei De Psiquiatria, Hospital Universitari Vall D'hebron.programa Tlp Para Adolescents. Servei De Psiquiatria, Hospital Universitari Vall D'hebron. Grup Tlp Barcelona.departamento De Psiquiatria Y Medicina Legal. Universitat Autònoma De Barcelona⁴, España

Introducción: Los gestos suicidas alertan a la presencia de psicopatología, sutil o franca, que pueda alertar el inicio de patología psiquiátrica. El 79% de adolescentes tras un primer intento presentan por lo menos 1 síndrome psiquiátrico diagnosticable, riesgo implícito para la cristalización de trastornos mentales o la reincidencia suicida, aumento en la morbi-mortalidad, elevado consumo de recursos sanitarios (hasta 86% de <16 años ingresan en centros hospitalarios), poco acceso a recursos específicos de salud mental (25%) y soporte psicosocial (58%) (Hawton et al. 2012). Estudios con población hospitalaria de grupos americanos (Brent et al., 1993) y europeos (Groholt et al., 2006), no logran resultados significativos que ayuden a prever el riesgo de repetición y compleción del suicidio. (Miranda et al. 2014), epidemiológicamente y a través de screening comunitario identifica factores (planificación, intensidad, soledad) con Odds Ratio significativas para la conducta suicida de repetición.

Metodología: Se diseña un estudio prospectivo, observacional y naturalístico, con un grupo de estudio:

adolescentes (12 -18 años) atendidos en urgencias del HUVH por conducta suicida (tentativa suicida, gestos auto-lesivos, verbalización de ideación/intención suicida)

Presentado y aprobado por CEIC del HUVH, PR(AG)223/2015. Se realiza seguimiento clínico y evaluación en cuatro tiempos (Urgencias, Basal, 6 y 12 meses) Se utilizan las siguientes escalas: (CSRS: Columbia Suicide Severity Rating Scale; TASR: Tool for the Assessment of Suicide Risk; PSS10: Perceived Stress Scale; SES: Rosenberg Self-Esteem Scale; BDI; STAI; Holmes & Rahe Life Events Scale for Non-Adults; C-GAS; auto-reporte conductas de riesgo). Se proyecta una muestra de 100.

Conclusiones: Reclutamos a 18 pacientes (edad media: 15 años, 17 mujeres).El 77.8% son tentativas suicidas mediante sobreingesta medicamentosa (el 93% de ellas de tipo impulsivo); el 22.2% son conductas para-suicidas (SIM,venoclisis,lesiones superficiales). 5 sujetos interrumpen seguimiento (por migración, fuga, negativa padres/pacientes). Datos de 9 pacientes con visita urgencias+basal: 66.7% hijos de padres separados. 44.4% tienen antecedentes psiquiátricos familiares y , el mismo porcentaje, son emigrantes. 7/9 no están vinculados a red de Salud Mental, 2 acuden a CSMIJ (1 con historia de 3 ingresos en agudos) Post-urgencias 3 ingresan en agudos. En basal: 3 no vinculados a red, 3 en CSMIJ, 2 en Hospital de Dia ,1 en unidad especializada TLP. En un mes (aprox.) el 55.6 % repiten conductas suicidas.

14. PREDICTORS OF PERSISTENCE OF INTERNALIZING PSYCHOPATHOLOGY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS IN CLINICAL SETTING

Segura-Frontelo A.1; Díaz de Neira M.2; Rodríguez-bBanco L.2; Forti A.2; Carballo J. J.3
Hospital Universitario Ramón y Cajal¹; Centro de Salud Mental Quintana²; Fundación Jimenez Díaz, Madrid, España

Internalizing psychopathology has a high prevalence in referred patients. Large impact is expected too. Studies show considerable stability of this psychopathology, even in a clinical setting. There is limited control over the factors that will allow the prediction of persistence

of internalizing psychopathology. When evaluating predictors of persistent psychopathology results have been inconclusive. Some authors postulate that the persistence of psychopathology is primarily concerned with the presence and severity in the initial beyond other factors. However, other authors point out several factors which, although not as decisive, could have a prognostic value of psychopathology in childhood and adolescence.

For this study, patients referred to USMIJ FJD between 2009 and 2012. Excluding the age of 17 and children under 3 years are collected. Sociodemographics and clinical variables were collected. Psychopathology level measured by SDQ. It was measured again in one year time.

Prevalence of internalizing psychopathology reached 39.1%. A year before, prevalence was 35.1%. Correlation coefficient of stability was .53.

The OR of comorbidity in men reached 8.19. In women, highlights the internalizing psychopathology in the initial evaluation with an OR of 2.12 for each unit of increase of SDQ emotional.

Other demographic factors as the level of education of the father is important in women, with an OR equal to 9.708. Maternal employment status, with an OR equal to 2.13 or family antecedents, OR equal to 2.35 in this case, are in men.

In the prediction of externalizing psychopathology, comorbidity with externalizing psychopathology is relevant. In women's evolution, the presence of these problems at initial evaluation seems determinant.

15. DEPRESSION AND ANXIETY IN TOURETTE'S DISORDER: AN INTERNATIONAL PERSPECTIVE

Garcia-delgar B.1; Moyano M. B.2; De Larrechea A.2; Kano Y.3; Nonaka M.4; Coffey B.5

Icahn School Of Medicine At Mount Sinai¹; Centro Interdisciplinario De Tourette, Toc Y Trastornos Asociados (cittta)²; Department Of Child Psychiatry, The University Of Tokyo Hospital³; The University Of Tokyo Hospital⁴; Icahn School of Medicine At Mount Sinai & The Nathan S. Kline Institute For Psychiatric Research⁵, Japan & USA

Introduction: Recent studies suggest depressive and anxiety symptoms may appear in patients with Tourette's

disorder (TD) at very young age (Hirschtritt et al. 2015). Despite this fact, few studies have examined the prevalence of these disorders and the impact they may have on the patients' functioning. The aim of this poster was to explore the phenomenology of depression and anxiety in TD from an international perspective.

Methods: Demographic and clinical data were collected from three different sites: the Interdisciplinary Center for Tourette's, OCD and Related Disorders, Buenos Aires, Argentina (BA); the Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, United States (NY); and a specialized clinic at the University Hospital of Tokyo, Japan (TKY). Comparisons among the three groups were examined using the chi-square test for categorical variables and an analysis of variance (ANOVA) for continuous variables. Finally, a hierarchical multiple regression was conducted with the global sample to analyze the impact major depression disorder (MDD) and anxiety disorders (generalized anxiety disorder, separation anxiety disorder, panic disorder, social phobia, specific phobia or post-traumatic stress disorder) have on the patient's functioning. Level of functioning was measured with the Global Assessment of Functioning (GAF) scale and tic severity, with the Yale Global Tic Severity Scale. Statistical significance was set at the 5% level, and all analyses were performed using SPSS (version 20).

Results: One hundred eighty-five patients were included in the analysis (100 from BA, 66 from NY and 19 from TKY). There were no statistically significant differences in age, gender and tics severity among the three sites. Rates of MDD were similar across the sites (6% in BA, 4.5% in NY and 5.3% in TKY) while anxiety disorders were found to be statistically significantly lower in the TKY group (67% in BA, 59.1% in NY and 0% in TKY). After controlling for the tic severity, both the presence of a MDD or an anxiety disorder were inversely correlated with the patient's functioning (beta value=-.176, p=0.011 for MDD; beta value = -.152, p = 0.026 for anxiety disorders).

Conclusions: These data suggest that depression is a common comorbid condition in patients with TD worldwide. Disparity in the rates of anxiety disorders may reflect cultural differences in the way tics are experienced in each country. When present, both depression and

anxiety disorders have a negative impact on patients' functioning independently of tic severity.

16. TRASTORNO DE TOURETTE: TRATAMIENTO DE EXPOSICIÓN CON PREVENCIÓN DE RESPUESTA EN PACIENTES CON COMORBILIDAD GRAVE

*Pomares M.; Lamonja N.; Redondo M.; García-delgar B.; Morer A.; Nicolau R.
Hospital Clinic I Provincial De Barcelona , España*

Introducción: El tratamiento de exposición con prevención de respuesta (EPR) ha mostrado eficacia en la disminución del número de tics en población infantojuvenil diagnosticada de Trastorno de Tourette (TT) (1, 2) postulándose como uno de los tratamientos de primera elección. Hasta donde sabemos no existe ningún estudio en que este tratamiento haya sido adaptado a niños con trastornos psiquiátricos comórbidos graves. Este trabajo trata de evaluar la viabilidad y utilidad clínica de la EPR adaptándola según las necesidades y problemáticas de tres sujetos con una casuística compleja.

Método: Se escogen tres casos con diagnóstico de TT con comorbilidad grave del (SPPIJ). Estos pacientes a causa de sus tics presentan una alta intreferencia en los ámbitos: personal, social, escolar y familiar. Las puntuaciones obtenidas en el cuestionario Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS) son de una intensidad valorada por los padres de grave o moderada, una severidad entre moderada y severa y con una interferencia en su vida cotidiana entre grave y moderada. La muestra se compone de tres sujetos varones con 10, 11 y 17 años respectivamente. El caso 1 presenta un Síndrome Alcohólico Fetal (SAF) con presencia de alteraciones conductuales graves, el caso 2 presenta un Trastorno del Espectro Autista (TEA) y Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y el caso 3 una Discapacidad intelectual moderada y un TEA. En el póster se describen las adaptaciones del tratamiento específicas realizadas en (3): tiempo de duración de la sesión y de los intervalos de control de tics, número de sesiones, lugar de aplicación libre de distractores, priorización en la supresión de aquellos tics más incapacitantes, incorporación progresiva de partes del cuerpo y uso de

pautas visuales. Se comparan puntuaciones pre-post intrasujeto.

Resultados: Se observa una mejora clínica en lo que se refiere a cantidad y frecuencia de los tics, capacidad de control de los tics y detección de las alarmas. Las familias reportan una mejoría significativa en el control de tics. La mejora de los tics ha facilitado la evaluación y tratamiento de las comorbilidades.

Conclusiones: El EPR con adaptaciones a las necesidades individuales parece un tratamiento eficaz para disminuir los tics en niños con TT y con comorbilidades psicopatológicas graves. Existe una alta comorbilidad entre el TT y otros trastornos psicopatológicos (4), por lo que es de vital importancia realizar estudios piloto que incluyan a estos sujetos con casuística compleja con el objetivo de crear adaptaciones específicas según los trastornos comorbes que presente.

17. EL SUEÑO REM Y LA CAPACIDAD ATENCIONAL EN UNA MUESTRA DE NIÑOS CON TRASTORNO DISREGULADO Y DISRUPTIVO DEL ESTADO DE ÁNIMO Y CON TRASTORNO BIPOLAR

Estrada Prat X.1; Álvarez Guerrico I.2; Bleda Hernández M. J.3; Martín López L. M.4; Pérez Solá V.5; Romero Cela S.6

Centre De Salut Mental Infanto-juvenil (csmij) Sant Martí, Institut De Neuropsiquiatria I Addiccions (inad), Parc De Salut Mar¹; Departament De Neurologia I Neurofisiologia Clínica (unitat Del Son), Hospital Del Mar, Parc De Salut Mar²; Instituto De Química Avanzada de Catalunya, Consejo Superior De Investigaciones Científicas (CSIC)³; Csmij Ciutat Vella, Inad, Parc De Salut Mar⁴; Inad, Hospital Del Mar, Parc De Salut Mar⁵; Servei De Psiquiatria I Psicologia Infantil I Juvenil, Hospital Clínic I Provincial⁶, España

Introducción: Controvertida ha sido la aparición de la nueva categoría diagnóstica del Trastorno Disregulado y Disruptivo del Estado de Ánimo (TDDEA) y su relación con el Trastorno Bipolar Pediátrico (TBP). Con la evidencia actualmente disponible parece ser que el TDDEA evolucionaría hacia los trastornos depresivos y

ansiosos más que hacia el espectro bipolar tal y como inicialmente parecía señalarse. En la fisiopatología del TBP parece ser que el sueño podría desempeñar un rol crucial. Algunos estudios relacionan el TBP con alteraciones del sueño REM, y, a su vez, algunos otros, relacionan algunas de sus variables polisomnográficas con la capacidad atencional. En un estudio previo con una $n=8$ no se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos comparados y las distintas variables del sueño evaluadas. Hipótesis: El grupo TBP presentará una mayor densidad REM (dREM) y valores más bajos en las variables atencionales que el grupo TDDEA. Objetivo: Estudio de las variables del sueño en niños TBP y TDDEA y su relación con variables neuropsicológicas.

Método: Participantes: 27 pacientes del CSMIJ Sant Martí (TBP tipo I, $n=13$; TDDEA, $n=14$) de una edad comprendida entre los 6-18 años ($M=12.50$; $DT=3.51$); 100% en tratamiento psicofarmacológico durante la vídeo-polisomnografía nocturna (v-PSGN) mientras que sólo lo estaban el 75% durante el estudio neuropsicológico; 100% con al menos un diagnóstico comórbido. Instrumentos: 1.- Valoración del sueño: Sleep Disturbance Scale for Children (SDSC) y v-PSGN; y 2.- Valoración neuropsicológica: Wechsler Intelligence Scale for Children-Fourth Edition (WISC-IV) en <16 años, Wechsler Intelligence Scale for Adults (WAIS III) en >16 años y test d2. Procedimiento: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime version (K-SADS-PL) para establecer el diagnóstico y las comorbilidades. Utilización de la operativización propuesta por Axelson y su equipo para el diagnóstico del TDDEA. Análisis: Realización de los descriptivos de la muestra. Se procedió al análisis de comparación de medias (U de Mann-Whitney) y se estudiaron los resultados significativos ($p<0.05$).

Resultados: Se detectaron diferencias estadísticamente significativas en la dREM ($p=0.014$) entre los dos grupos comparados. Además existió una correlación positiva entre las Omisiones y la latencia REM, la dREM y el porcentaje de REM ($p=0.042$, $r=+0.550$; $p=0.02$, $r=+0.747$ y $p=0.03$, $r=+0.728$ respectivamente). Una correlación positiva también fue hallada entre la Velocidad de Procesamiento y el tiempo en REM ($p=0.017$, $r=+0.529$).

Conclusiones: La arquitectura del sueño en los niños TBP y TDDEA presenta un patrón heterogéneo. La dREM diferencia al grupo bipolar del grupo TDDEA. El sueño REM podría relacionarse con la capacidad atencional. Más ensayos son necesarios para el estudio de las correlaciones entre variables polisomnográficas y neuropsicológicas. Limitaciones: Efecto farmacológico y de la comorbilidad sobre el registro polisomnográfico. Es necesario incluir un grupo control y aumentar el tamaño muestral.

18. EFICACIA DEL TRATAMIENTO DE EXPOSICIÓN CON PREVENCIÓN DE RESPUESTA EN POBLACIÓN INFANTOJUVENIL CON TRASTORNO DE TOURETTE

Lamonja N.; Pomares M.; Redondo M.; Cordovilla C.; Morer A.; Nicolau R.
Hospital Clinic I Provincial De Barcelona, España

Introducción: El Trastorno de Tourette (TT) puede interferir severamente en los diferentes ámbitos de la vida generando un acusado malestar en el paciente (1). El tratamiento de Exposición con Prevención de Respuesta Tics (EPRT) (2) ha mostrado eficacia en población infantil (3), considerándose tratamiento de elección y asociándose a farmacología si se requiere.

Método: Se seleccionaron 9 pacientes con TT pertenecientes a SPPIJ que referían malestar intenso por los tics. Los criterios de inclusión fueron: interferencia significativa de los tics valorado mediante el Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS) con una puntuación moderada, cociente intelectual superior a 85, sin comorbilidad grave y con alta motivación e implicación del paciente y familia para llevar a cabo el tratamiento. La muestra está formada por 6 (66.3%) varones y 3 (33.3%) mujeres, media de edad de 12.44 años, desviación típica 2.60. La comorbilidad está presente aunque estabilizada clínicamente en el momento de inicio de la intervención en 5 sujetos, el 62.5% de la muestra.

La EPR (4) se aplicó semanalmente en sesiones estructuradas de 1 hora. Esta intervención incluye: psicoeducación, entrenamiento en detección de señales premonitorias y prevención de la ejecución

de tics, relajación, entrenamiento diario en casa con monitorización.

Resultados: La media de sesiones realizadas fue de 10.88. Para medir la mejora se ha utilizado la variable severidad total pre y post del cuestionario YGTSS que oscila de 0 a 50 puntos. En la preevaluación puntuaron 21.43 de media con una desviación típica de 6.0, rango de 12-32. Post tratamiento se observa una mejora de 13 puntos, rango 9-18, media de 6.67 y una desviación típica de 2.8, rango de 5-30.

Conclusiones: Se observa una mejora clínica en lo que se refiere a cantidad y frecuencia de los tics, capacidad de control de los tics y detección de las alarmas. Las familias detectan una mejoría significativa en el control de tics además de reportar una mejor adaptación.

Bibliografía:

1. Morer, A., y García, B. (2014). Tics y Síndrome de Tourette. Dentro L. Ezpeleta y J. Toro (ed.), Psicopatología del desarrollo (1ª ed., p. 211-224). Madrid: Pirámide
2. Verdellen, C., Van de Griendt, J., Kriens, S., & Van Oostrum, I. (2011). Tics: Therapist Manual. Amsterdam: Boom Publishers.
3. Roessner, V., Rothenberg, A., Rickards, H., & Hoekstra, P. J. (2011). European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic Disorders. European child & adolescent Psychiatry, 20(4), 153-154.

19. EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE LAS FAMILIAS DE ADOLESCENTES USUARIOS DE LA UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS Y DE LA UNIDAD DE PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS

Dolz. M.1; Pardo. M.1; Castellano Tejedor. C.2; Martín Fernández. M.1; García Sánchez. S.1; Matalí Costa. J.1 Hospital Sant Joan De Deu1; Hospital Universitari Vall D'Hebron()2, Barcelona*

Introducción: La introducción de las familias en los planes terapéuticos de adolescentes con trastorno

adictivo y/o trastorno psicótico ha supuesto una mejora en la detección de la sintomatología y el cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes, influyendo positivamente en la evolución y el pronóstico. De ello se desprende la necesidad de atender tanto las necesidades puramente sanitarias, como aquellas necesidades más específicas que puedan presentar dichas familias teniendo en cuenta la situación socio-económica actual.

El presente estudio tiene dos objetivos principales: 1) Detectar y describir las necesidades de las familias de adolescentes usuarios de la Unidad de Conductas Adictivas (UCAD) y la Unidad de Primer Episodio Psicótico (UPEP) dentro de los ámbitos terapéutico, académico, bienestar socio-económico, judicial y repercusiones de la crisis económica y 2) Realizar una comparativa entre los usuarios de ambas unidades.

Método: En un diseño transversal, descriptivo-correlacional y a través de una entrevista semi-estructurada desarrollada ad hoc, se evaluaron un total de 196 familias que acudieron a la UCAD y la UPEP y recibieron tratamiento entre 2012 y 2015. Concretamente, se evaluaron 142 familias (72.45%) usuarias de la UCAD, 50 familias (25.51%) usuarias de la UPEP y en 4 casos (2.01%), las familias fueron usuarias de ambas unidades.

Resultados: Tanto las familias usuarias de la UCAD como las de la UPEP muestran, en mayor o menor grado, necesidades en todos los ámbitos evaluados. De la comparativa entre ambas unidades, se ha observado que las familias usuarias de la UCAD presentan mayores necesidades en los ámbitos terapéutico, académico, justicia y repercusiones de la crisis económica. Los familiares de UPEP, muestran mayor necesidad en el ámbito de bienestar socio-económico.

Conclusiones: Los familiares de los adolescentes usuarios de la UCAD presentan mayores necesidades en comparación a los de UPEP. Destaca la importancia de detectar las necesidades de las familias usuarias con la finalidad de adaptar futuras intervenciones desde un abordaje integral a las necesidades, conocimientos y expectativas de cada núcleo familiar.

Palabras clave: Adolescentes; Conductas Adictivas; Primer Episodio Psicótico; Familias; Necesidades.

20. PATRÓN DE CONSUMO DE CANNABIS EN ADOLESCENTES INGRESADOS EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

Kerexeta Lizeaga I.1; Fernández Rivas A.1; Palomo Lerchundi J.2; Goti Elejalde J.3; Jorquera Cuevas C.1; González Torres M. A.1

Hospital Universitario De Basurto¹, Bilbao; Hospital Donostia Ospitalea², San Sebastián; Hospital Clinic De Barcelona³, España

Introducción: En la adolescencia se produce un brusco inicio del consumo de drogas siendo el cannabis la droga más común. Diferentes estudios han destacado el papel del cannabis como factor de riesgo en el desarrollo de trastornos psiquiátricos o psicopatología en los adolescentes que lo consumen, siendo muy relevante para esta relación el patrón de consumo de dicha sustancia.

Objetivo: Estudiar el patrón de consumo de cannabis en adolescentes ingresados en Unidades de Hospitalización psiquiátrica de Osakidetza en el País Vasco.

Metodología: Se estudia una muestra de adolescentes ingresados a lo largo de 6 meses en las Unidades de hospitalización psiquiátrica de los hospitales de Basurto y Donostia. Se analizan las características del consumo de cannabis mediante el cuestionario autoaplicado ADIS (Adolescent Drug Involvement Scale), versión en castellano, presentando los resultados en porcentajes. Además se muestran las características sociodemográficas y clínicas diferenciadoras entre los adolescentes que consumen cannabis y los que no, valoradas mediante entrevistas clínicas y el cuestionario CBCL aplicando análisis estadístico de chi cuadrado.

Resultados: Se incluyen 48 individuos (56,25% varones), edad media 15.33 (DE 1.12). El 58,33% reconoce consumo de cannabis alguna vez en su vida (54.17% en el último mes). El 74.1% de los consumidores son varones ($p=0.017$). La puntuación media en ADIS fue de 40,64 (DE= 13,32). 46,43% inicia el consumo entre los 10-13 años, el 46,43% consume diariamente. El 64.29% asume problemas en la familia secundarios y el 66.7% absentismo escolar. El 20,7% de los sujetos

en consumos tienen antecedentes personales judiciales ($p=0.056$). Se hallan diferencias estadísticamente significativas ($p=0.012$) respecto al diagnóstico psiquiátrico (adolescentes consumidores presentan más diagnóstico de T. de conducta 31% o Episodio psicótico 27.6%) y en CBCL ($p=0.032$) presentando los consumidores más frecuencia de conductas delictivas, conductas externalizantes y problemas atencionales.

Conclusiones: El consumo de cannabis en adolescentes que requieren ingreso psiquiátrico es muy prevalente, presentando un inicio precoz y patrón de consumo preferentemente diario. Presentan más Trastornos de conducta o Episodios psicóticos con repercusión social, familiar y académica importante. Es necesario detectar precozmente a los adolescentes que consumen cannabis u otras drogas para realizar abordajes terapéuticos encaminados al abandono del consumo y al tratamiento de trastornos comórbidos si los hubiese.

21. ENTRE LA COMPLACENCIA SANITARIA Y EL TRASTORNO FACTICIO POR PODERES

Sevillano Benito I.1; Gómez Sánchez S.1; Mayor Toranzo E.1; Cepedello Pérez S.1; Geijo Uribe S.1; San Román Uría A.2

Hospital Clínico Universitario De Valladolid¹; Complejo Asistencial De Zamora², España

Introducción: El Síndrome de Münchausen por poderes (trastorno facticio por poderes) se considera una forma de maltrato infantil de difícil diagnóstico. La complacencia en las demandas sanitarias y la falta de coordinación entre Primaria y Especializada dificultan su diagnóstico y control.

Objetivos: Presentamos el caso de una niña de 8 años que acude reiteradamente a su Pediatra y a Urgencias con quejas somáticas múltiples e inespecíficas. Durante un reingreso se sospecha la posibilidad de un origen psíquico y se deriva a la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Metodología: Paciente de 8 años, que reside con su madre, padres separados. Antecedentes de enfermedad de Kawasaki e historia de numerosos síntomas físicos inespecíficos, múltiples consultas y exploraciones

complementarias (173 analíticas, 133 consultas y 37 radiografías). Evitación de consultas en Psiquiatría.

Resultados: Al ingreso se produce separación del entorno. No precisa tratamiento psicofarmacológico. Se realiza abordaje familiar, coordinación con Primaria y Salud Mental, obteniéndose apoyo de la familia extensa para control y supervisión materna. Con la separación desaparecen los problemas físicos en la paciente, quien refiere que “se le han pasado”.

Conclusiones: Este síndrome debe sospecharse en todo niño con múltiples visitas, estudios e ingresos hospitalarios, o con patologías abigarradas que recidivan y responden mal al tratamiento habitual. El abordaje multidisciplinar y un diagnóstico precoz puede evitar realizar exploraciones innecesarias, en ocasiones invasivas o de riesgo. La utilización de la enfermedad y sus cuidados en los problemas de guarda y custodia de los menores con padres separados son una complicación añadida.

22. X-LINKED ADRENOLEUKODYSTROPHY PRESENTING AS A PSYCHIATRIC DISORDER

*Prieto Toribio T.; Villar Cabeza F.; González Argente T.; Domene López L.
Hospital De Dia. Unidad De Crisis. Hospital Sant Joan De Déu, Barcelona, España*

Introduction: X-linked adrenoleukodystrophy (X-ALD) is the most common peroxisomal disorder with an incidence of 1:20.000 males and leads to demyelination of the nervous system, adrenal insufficiency and accumulation of very long chain fatty acids (VLCFA).

The phenotypic presentations are highly variable, which may lead to delayed recognition and misdiagnosis.

X-ALD may present as a psychiatric disorder. The most common symptoms are usually behavioral changes such as abnormal withdrawal or aggression, poor memory, hyperactivity behavior and poor school performance.

Methods: A 13-year-old boy was brought to the psychiatry emergency department for assess of intake negative and weightloss associated with school refusal,

decreased academic performance and behavioral changes.

The patient was referred to Day Hospital for diagnosis and approach of their symptoms. Multidisciplinary team identified problems in several areas of psychopathology such as communication, reciprocal social interaction and hyperactive and disruptive behavior and pediatricians were asked to assess physical symptoms such as poor appetite, fatigue, nausea, hypotension and hyperpigmentation.

Results: Laboratory results showed electrolyte disturbances (sodium 135mmol/L; potassium 5,1mmol/L). Our patient had low serum cortisol level 4 ug/dl and his serum adrenocorticotrophic hormone (ACTH) was elevated at >1500 pg/ml. He was diagnosed with adrenal insufficiency and he was started on hydrocortisone and fludrocortisone.

Rating scales and neuropsychological tests were performed and he was diagnosed with autism spectrum disorder and ADHD. When his physical condition improved, he was started on methylphenidate to 40 mg daily, which was replaced by a non-stimulant drug (atomoxetine) because of poor appetite, and risperidone to 1mg daily. Team working recommended an educational program to facilitate a gradual return to school.

During follow-up by the endocrinologists, the patient had no detectable antibodies and they decided to analyze the amount of VLCFA (10% of X-ALD cases present with isolated adrenal insufficiency for years). VLCFA levels were highly increased and they confirmed diagnosis of Childhood Cerebral ALD (CCALD). The MRI showed abnormal signal intensities in the corpus callosum, frontal white matter and internal capsules, consistent with the symptoms.

The patient was referred for bone marrow transplant evaluation, which is the treatment of choice for patients with CCALD when performed at an early stage.

Conclusions: Psychiatrists and pediatricians may encounter X-ALD which is a relatively common metabolic disorder in their practice.

The early diagnosis and treatment of patients with X-ALD and its complications can delay progressive degenerative changes and attenuate further neurologic and metabolic dysfunction.

23. RELACIÓN ENTRE ALOPECIA AREATA, SINTOMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA Y ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES EN NIÑOS

Hernández González C.1; Ortega Orihuela P.2; Zurita Carrasco M.2

Hospital Universitario Puerto Real¹; Hospital Universitario De Puerto Real², Cádiz, España

Introducción: La alopecia areata puede darse a cualquier edad, pero frecuentemente se inicia en la infancia, comenzando los primeros síntomas antes de los 20 años de edad en aproximadamente el 60% de los afectados. El objetivo es identificar la participación de trastornos mentales y factores psicológicos en la etiología de la alopecia areata, examinar la naturaleza de la psicopatología de niños con alopecia areata e investigar la participación de factores estresantes en el desarrollo de la alopecia.

Método: Revisión bibliográfica actualizada a partir de un caso clínico.

Resultados: Paciente de 8 años, sin antecedentes orgánicos de interés, con seguimiento por psicólogo desde hace varios años, sin antecedentes familiares de salud mental, que acude a consulta de psiquiatría derivado por su pediatra, por presentar alopecia areata. El mayor de 4 hermanos, madre 39 años (ama de casa), padre de 40 años (estudios superiores). Buenas relaciones familiares. Antecedentes de varios cambios de domicilio, en diversas ciudades, y varios cambios de centro escolar. No presentó alteraciones en los hitos del desarrollo. Refiere alopecia en zona parcheada de la cabeza, que son objetivadas en consulta, desde hace 3-4 meses, realizándose estudio analítico completo y despistaje orgánico con resultados negativos, incluso con estudio dermatológico. Inicialmente el niño se muestra ansioso en consulta, hipotímico, con buen contacto, sintónico, consciente orientado y colaborador, aunque permanece semimutista sobretodo al inicio de la entrevista. Mantiene contacto ocular y el juego recíproco y comunicativo. Presenta elevado nivel de ansiedad. Conforme avanza la exploración del paciente y se va reforzando la relación terapéutica objetivamos una situación de acoso escolar en el último centro, con insultos constantes y vejaciones

por los compañeros, coincidiendo temporalmente con el inicio de la sintomatología por la que consulta.

Conclusiones: Según las revisiones de los estudios realizados, se concluye que los niños con alopecia areata presentan más problemas psicológicos que los sanos, mostrando más síntomas ansiosos y depresivos, somatizaciones, problemas en relaciones sociales, dificultad en la concentración y atención, así como dificultad en las relaciones sociales. También se ha demostrado relación entre la alopecia y la ocurrencia previa de acontecimientos vitales estresantes, que pueden llegar a precipitar su desarrollo.

Se puede concluir que en los casos de alopecia areata, una vez descartada la patología orgánica, se justificaría realizar la valoración psicopatológica como despistaje, debido a la frecuencia con la que esta patología se asocia a factores estresantes graves, como sería en este caso el acoso escolar.

24. PSYCHIATRIC PRESENTATION IN WILSON DISEASE: A CASE REPORT

Espinosa Martinez L.; De Castro Miró C.; Solerdelcoll Arimany M.; Fortea González A.; Garcia Giralt M. Hospital Clinic I Provincial De Barcelona, España

Introduction: Psychiatric symptoms at the onset of Wilson Disease (WD) are infrequent and usually lead to a greater delay in diagnosis (Merle U et al, 2007). The ethiopathology has been understudied and only few cases of neuropsychiatric presentation of WD are reported (Lin J, 2006; Silva F, 2011). WD screening should be considered in children and adolescents mental health protocols for an earlier diagnosis.

Methods: We report the case of a 15 year-old boy diagnosed with Tourette Syndrome, Anxiety Disorder and Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) since he was 7, and treated with atomoxetine (60mg/day) and aripiprazole (10mg/day). Aggressiveness, hypothyria, dysphoria, unspecific phobias, delusional jealousy as well as visual and tactile hallucinations started at the age of 13, concurring with a parental death. During admission he was diagnosed with adaptative disorder and treated with citalopram (20mg/day), aripiprazole (25mg/day), as well as atomoxetine. Laboratory tests disclosed

moderate elevation of transaminases with negative serologies for hepatotropic viruses and autoimmunity markers. Serum copper was slightly low (61µg/dL) with normal caeruloplasmin and urine copper excretion, ruling out a WD diagnosis initially. An abdominal ultrasound exam disclosed hyperreflective homogeneous liver texture. Suspecting liver toxicity, atomoxetine was stopped. At the two year follow-up, he was readmitted into our inpatient unit for increased aggressiveness, depressive symptoms and suicidal thoughts. A liver biopsy was performed due to laboratory tests showing increased hypertransaminasemia.

Results: High liver copper concentration (828mcg/g) was detected in the biopsy. The patient was diagnosed with WD and started treatment with D-Penicillamine (150mg/day). No Kayser-Fleischer (KF) rings or neuroimaging alterations were found. Difficulties with mourning were addressed. The patient showed significant improvement in his mood and behavioural disturbances. No changes in psychiatric medication were required and liver parameters normalized.

Conclusions: In the case we report, atypical presentation and poor treatment response along with unexplained hypertransaminasemia led to a wider diagnostic range. Given the outcome, it seems important to include WD in the differential diagnosis of children with unexplained behavioural and neuropsychiatric disorders, especially if poor response to treatment or liver disease indicators are involved. Neither the absence of KF rings nor normal values for caeruloplasmin can exclude WD (Silva F et al, 2011). With a high index of suspicion, brain magnetic resonance and a urine copper excretion with penicillamine challenge test should be performed. Furthermore, a liver biopsy should be considered if persistent hypertransaminasemia remains unexplained.

25. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS ALTERACIONES CONDUCTUALES EN UN PACIENTE CON SÍNDROME PRADER WILLI. A PROPÓSITO DE UN CASO

Belmar Simo A.; Ortega Garcia M. D.; Raposo Hernandez M. R.; Gonzalez Galdamez A. L.; Rodriguez Hernandez A.; Bello Pombo I.; Bello Pombo I.

Hospital General Universitario Santa Lucia, Murcia, España

Introducción: El Síndrome de Prader Willi es un trastorno del Neurodesarrollo que presenta un cuadro clínico de obesidad, talla baja, hipogonadismo, alteraciones en el aprendizaje y alteraciones psiquiátricas.

Los mecanismos que la causan es una delección del cromosoma 15 paterno.

Descripción del caso. Paciente de 12 años que acude desde los 3 años a nuestra USMIJ por presentar retraso psicomotor con mayor afectación en el área del desarrollo de lenguaje y en las relaciones sociales, la clínica que presenta impresiona de ser compatible con Sd de Prader Willi, por lo que se remite para realizar el estudio genético correspondiente.

Tanto el estudio genético como la clínica que presenta el paciente es compatible con el Sd de Prader Willi.

En las primeras entrevista se objetiva inquietud psicomotriz, dificultad importante en la atención, impulsividad manifiesta, escaso contacto ocular, Ideación obsesiva. Discurso reiterativo e importante hiperfagia.

Se inicia tratamiento con risperidona y topiramato. Con aparición de efectos secundarios de estos fármacos, aumento de peso con risperidona y cálculos renales con el topiramato se retiran ambos tratamientos.

Al retirar el tratamiento el paciente presenta episodios psicóticos con importantes alteraciones conductuales, por lo que se inicia tratamiento con Abilify 8 mg sol oral, con respuesta parcial llegando a aumentar a 15 mg/día y pautar Trileptal 300mg/día..

Durante el seguimiento el paciente sigue presentando conductas impulsivas, y discurso pobre y reiterativo.

En la consulta destaca la obesidad, cierto embotamiento afectivo, y sigue predominando la dificultad para control de los impulsos, y un aumento de las ingestas importante.

Por lo que se reajusta la medicación. Se retira el Trileptal y Abilify 15 mg.

Se cambia por Invega 6 mg:1.0.0+ fluoxetina 20mg. (1.0.0)

Citamos al paciente a las 3 semanas del cambio de medicación en el momento actual la familia comenta un cambio importante en la conducta del paciente así como una disminución de la ingesta alimentaria.

Se decide aumentar la fluoxetina a 2 comprimidos día y se mantiene Invega con buena evolución.

Tratamiento:

Invega 6mg:1.0.0

Fluoxetina 20mg:2.0.0

Métodos: Descripción del caso clínico.

Resultados: El Sd de Prader Willi cursa con alteraciones psiquiátricas importantes. En el caso del paciente que presentamos no respondió favorablemente a muchos psicofármacos, pero tuvo buena respuesta a fluoxetina y a la paliperidona.

Conclusiones: La combinación de un AP atípico (paliperidona o aripiprazol) mas la suma de un ISRS (fluoxetina) podría ser un tratamiento adecuado para tratar las alteraciones psiquiátricas de este tipo de pacientes.

26. DELECCIÓN 22Q11: A PROPÓSITO DE UN CASO

Gisbert Gustemps L.; Real Dasi A.; Dot M.; Clarabuch A.; Borrás J.

Csmij Hospital San Rafael

Introducción: Estudios de gemelos y la familia han establecido las bases genéticas del autismo e indican que su heredabilidad es más del 90%. Actualmente una causa genética puede ser identificada en el 20-25% de los niños con autismo (Monaco AP et al 2001)

En el síndrome 22q11 se han descrito elevadas ratios de autismo 10-40% (Angkustsiri K et al. 2014)

Método: Niño de 6 años derivado al Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) desde el Centro de Diagnóstico y Atención Precoz (CDIAP) con orientación diagnóstica de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Embarazo de riesgo por retraso de crecimiento intrauterino. Parto prematuro a las 36 semanas, peso al nacer 1kg 800gr. Incubadora durante dos semanas. Inicia seguimiento en CDIAP a los 8 meses por retraso en el desarrollo psicomotor. Tratamiento con fisioterapia, posteriormente se deriva para valoración psicológica por dificultades para establecer contacto con personas y objetos de su entorno y retraso en el lenguaje. Se orienta como TEA y se realiza seguimiento semanal.

A los 6 años, desde CSMIJ, se realiza evaluación del nivel cognitivo que resulta en el límite bajo de la normalidad (MSCA: GC: 74). Destaca en la exploración física microcefalia y talla baja. Dada la sintomatología TEA, la capacidad cognitiva límite y los rasgos físicos comentados se decide derivación a genética para despistaje. Se detecta una delección del cromosoma 22q11, se aconseja estudio en los padres y se programa consulta con cardiología y endocrinología.

Resultados: En el momento actual el paciente está pendiente de visitas de cardiología y endocrinología. Se ha aconsejado contactar con asociación 22q11 y se ha realizado psicoeducación a nivel familiar. Coordinación con el centro escolar para comentar nueva orientación diagnóstica.

Conclusiones: Algunos de los síndromes genéticos que cursan con clínica sugestiva de autismo, como el 22q11, pueden tener afectaciones médicas que es importante detectar y controlar (Fagerberg CR et al. 2013). Del mismo modo el síndrome 22q11 puede presentarse sin las anomalías físicas o afecciones médicas características y por tanto situarse dentro del espectro de los TEA sin ser filiado. Un estudio genético es importante en los casos con clínica sugestiva de TEA.

27. ALLODYNIA, A CLINICAL CASE OF SEVERE SOMATIZATION DISORDER

*Casanovas Espinar M.1; Fábrega M.2; Taylor S.3
Great Ormond Street Hospital For Children Nhs Foundation Trust. Eating Disorders Service. Great Ormond Street, Wc1n 3jh¹; Westminster Camhs Nhs Foundation Trust. 38 Marlborough Place, Nw80pj²; Liaison Psychiatry Team. St Mary's Hospital-imperial College. St Mary's Hospital Praed Street, W2 1ny³, UK*

Introduction: Somatization cases usually are complex, involving a wide range of professionals and resources. The awareness of somatoform disorders by paediatricians and liaison with mental health professionals is crucial to its management.

Allodynia is defined as pain due to a stimulus that does not usually provoke pain. It is a clinical feature of many chronic painful conditions and affects 15-50% of neuropathic pain patients. Allodynia is classified

according to the sensory modality that is used to elicit the sensation¹.

There are no previous reports of acute and generalised total body allodynia.

Methods: Report a case of a patient admitted to the St. Mary's Hospital paediatric ward (January 2015). Clinical interviews and interventions were performed by the liaison psychiatry team. Parental consent was given.

Results: A ten-year-old boy was referred due to generalised allodynia (pain on the surface of his entire body).

One month prior to the admission, the patient experienced abdominal pain and an appendectomy was done (normal appendix histology) in his local hospital. Ten days later, the pain returned acutely and within a few hours became generalised throughout his entire body, being admitted to his local hospital where a wide range of examinations were done showing no abnormalities. He was prescribed intravenous morphine and amitriptyline. One week later he was transferred to St Mary's Hospital for further management. At this point, the total body pain lead him to a disabling and impairing condition (unable to mobilize, to eat or touch any object, needing assistance with toileting as sitting was too painful). No recent stressors reported. Paediatrician, anaesthetist, allergist and dermatologist were involved and a range of examinations ruled out an organic cause. Analgesic medication was gradually reduced whilst increasing amitriptyline to 50 mg/d.

Two sessions with the liaison psychiatrist were needed, including an extensive assessment, providing the child and family with CBT based strategies and distraction techniques (visualizations and slow breathing) to cope with severe pain. We recommended restricting medical discussions in front of him and we liaised with play specialist and physiotherapy to initiate a timetable of activities and a list of goals. Four days later the pain diminished and he recovered his autonomy. He was diagnosed with Undifferentiated Somatoform Disorder Not Otherwise Specified (DSM-IV). The medication on discharge was Amitriptyline 50 mg/d.

Conclusions: Patients with somatization symptoms can be very heterogeneous and complex. Coordination and collaboration of a multi-disciplinary team are crucial to its management.

28. AUTISM AND DIABETES: A MORE HOLISTIC APPROACH

Salmon M. R.

Maricopa Integrated Health System, Phoenix, AR, USA

Introduction: Autism Spectrum Disorder affects the developmental and social interaction patterns of an increasing number of American children. When the child also presents with a co-morbid illness, treatment and maintenance of care that may be problematic for any juvenile may require particularly unique approaches on the part of family and treatment teams. The case of a 17-year-old with a historical diagnosis of Asperger's Syndrome and new onset Type 1 Diabetes offers consideration of this unique intersection of psychiatric and medical conditions.

Methods: Psychiatry was consulted for a 17-year-old black male with DM1 who was admitted to Pediatric Care from the Endocrinology Clinic due to non-adherence with his prescribed Accu-Chek and insulin regimen, leading to hyperglycemia and an A1C that was too high for detection. His endocrinologist worried he might be non-adherent due to depressive symptoms and the possibility of self-harm.

Results: Initially, he was withdrawn, concrete, and had flat affect, but he gradually became more spontaneous and engaged in conversation. He was able to explain the need for treatment and consequences of non-adherence. He reported a diagnosis of Asperger's Syndrome at the age of 8 years, for which he received outpatient behavioral therapy for 1 year. He described difficulty developing relationships, problems with social reciprocity, inflexibility with routines, and tactile hypersensitivity. He expressed that his non-adherence was not due to depressed mood or for self-harm, but rather because he was overwhelmed with adjustment to the disease. He had a great deal of support and assistance from family, initially, that he perceived as having faded into statements including, "Do this, or you will die."

Psychiatry diagnosed him with Adjustment Disorder due to the pressures of a recently diagnosed illness and familial stressors. He was not determined to be in need of inpatient psychiatric treatment, but was referred to outpatient psychotherapy. His tactile hypersensitivity was considered a possible hindrance to his ability to

cooperate with Accu-Cheks and subcutaneous insulin administration multiple times daily. Collateral reporters confirmed these suspicions and voiced support of the treatment plan.

Conclusion: This case offers a unique look at individuals with ASD and co-morbid medical illnesses such as DM, which require careful monitoring via needle stick. This combination of features inspires a holistic approach to the treatment of the person, as opposed to treating a singular disease. It also asks physicians to consider how best to assist this special population to take control of their health and prognosis.

29. ULCERATIVE COLITIS (UC) COMORBID WITH OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER (OCD) AND DEPRESSIVE DISORDER: A CASE REPORT

*Fàbrega Ribera M.1; Ramírez Reinoso M.2
Becaria De La Fundación Alicia Koplowitz En Imperial College London.¹; Consultant Child & Adolescent Psychiatrist. Westminster Child And Adolescent Mental Health Service², UK*

Introduction: Ulcerative colitis (UC) and Crohn's disease are two immunologically mediated chronic forms of inflammatory bowel disease (IBD), which have been frequently associated with psychiatric disorders (Engström, 1992). The most commonly reported are depression and anxiety, but also obsessive-compulsive symptoms (Hezel et al. 1982).

There has been little empirical investigation of psychopathology in children with IBD. Only one case report could be found regarding the intervention and medication (Ouanes et al., 2013).

We aim to report a case of UC comorbid with OCD and Depressive disorder; in particular the clinical presentation and the interventions performed in a Child and Adolescent Mental Health Service (CAMHS).

Methods: First assessment conducted in March 2015 and further follow up appointments in Westminster CAMHS. Related literature has been reviewed and clinical information has been collected from the clinical interventions and follow-up. Parents have given consent for sharing the information.

Results: We report a case of a 13-year-old boy, Caucasian, who was diagnosed with UC in 2011, aged 9. He was referred to CAMHS for impairing obsessive and compulsive symptoms and moderate depression. He was experiencing obsessions and compulsions since December 2013, mainly contamination, order and symmetry. Soon after, he started presenting depressive symptoms. The symptoms intensified as he had transferred to secondary school. In May 2015, he started Cognitive Behavioural Therapy and psychoeducation, reporting some improvement with OCD.

His medication at the moment of the referral included: Mesalazine 800mg, Omeprazole 20mg, Azathioprine 100mg, Calcium and Vitamin D, Prednisolone enema 20mg. During 2015 he had 3 flairs needing oral steroids. As the depression remained impairing and there were ongoing OCD symptoms, in July 2005, he was started with 25 mg of Sertraline following consultation from CAMHS with the pharmacist and the Paediatric Gastroenterology Team. Subsequently, a marked decreased in OCD symptoms and improved functioning was noted in follow up reviews both at CAMHS and in the Paediatric appointments. No major side effects were reported. The treatment needed a narrow coordination across a number of specialties and disciplines: gastroenterologist, dietician, psychiatrist, psychology, and pharmacist.

Conclusions: Patients with UC commonly have comorbid psychiatric disorders, mainly depression, anxiety and OCD. The reason for that association is, currently, not clear. The clinical presentation and the treatment are very complex in these cases. It is crucial to be coordinated with all the therapists involved as well as the school and the family. Further investigation in this field is needed.

30. DESTINOS DE LA ADOLESCENCIA: EL CUERPO. A PROPOSITO DE UN CASO

Ortega Garcia M. D.1; Diaz-Caneja Greciano M. A.1; Belmar Simó A.1; Andrés Espallardo S.1; Garcia Marin S.2

Centro De Salud Mental Cartagena¹; Centro De Salud Mental Lorca², Murcia, España

Resumen: "...Lo que ves en el espejo no te gusta. Tus labios no te gustan, es grande tu nariz.

El espejo son los otros que te miran.
Habitas el espejo y él decide por ti”.

P.Guerra-Cuerpo

La problemática del cuerpo está siempre en primer plano en el trabajo con adolescentes: trastornos de alimentación, toxicomanías, intentos de suicidio, accidentes fortuitos, cortes y daños deliberados. Un gran número de inhibiciones, fobias e inseguridades, ligadas a complejos o defectos corporales, a los que subyace un intenso sufrimiento narcisista, son también habituales en la clínica adolescente.

S. es una preadolescente de 12 años que tiene su primer contacto con Salud Mental a nivel privado en Diciembre de 2015. En ese primer contacto y ante una sintomatología delirioide de contenido somático se deriva al Servicio de URG desde donde se procede al ingreso para valoración y tratamiento de sintomatología.

S. relata de forma muy ansiosa y con ayuda de sus padres, que en los días previos a consultar había padecido malestar general debido a enfermedades somáticas (orzuelo), menarquia así como periodo escolar de exámenes. Estos episodios de ansiedad extrema en los que la paciente refiere tener miedo a la muerte, percibir que está en coma, que la ropa se dobla, que la lengua se va hacia atrás, que los brazos se le huirán, que se mira al espejo y no se reconoce...de difícil contención verbal, alternan con episodios de normalidad en los que la paciente parece razonar de forma coherente. Episodios de amnesia descritas por los padres. Niega alucinaciones auditivas y/o visuales.

Desde el ingreso, se realiza exploración física completa resultando las pruebas complementarias realizadas (EEG, RMN, SS, BQ, tóxicos en orina....) normales.

Se inicia tratamiento con risperidona objetivándose una discreta mejoría y se decide dar el alta hospitalaria para seguimiento y tratamiento por su USMIJ.

Con la sintomatología descrita se realiza un árbol de decisión entre los posibles diagnósticos diferenciales: diagnósticos englobados en el apartado de la ansiedad vs diagnósticos de características psicóticas.

31. VALORACIÓN DE LA EFICACIA DE UN GRUPO PSICOEDUCATIVO PARA ADOLESCENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

Cecilia Costa R.1; Errea Albiol E.1; Alda Diez J. A.1; Rouco Gomez M. T.1; Ramon Krauel M.1; Dolz Abadia M.2

Hospital Sant Joan De Deu¹; Fundació Hospital Sant Joan De Déu², Barcelona, España.

Introducción: La diabetes mellitus (DM) tipo 1 suele debutar entre los 10 y 14 años coincidiendo con la pre o adolescencia que a su vez ya es una etapa en la que se producen cambios físicos y psicológicos.

El presente estudio pretende evaluar la intervención psicoeducativa grupal en chicos de 10 a 18 años que han debutado recientemente en la enfermedad (entre 2 y 12 meses del diagnóstico) en un hospital pediátrico.

Métodos: Un total de 22 pacientes, divididos en 3 grupos (A, B y C), participaron en tres sesiones psicoeducativas. Los terapeutas referentes fueron una psiquiatra y una psicóloga, y en los grupos A y B también una enfermera educadora.

A cada paciente se le aplica la Diabetes Empowerment Scale (DES) antes y después de las 3 sesiones, de manera que si la puntuación aumenta podemos considerar que el paciente ha mejorado el manejo de la diabetes. Está compuesta por 3 subescalas: aspectos psicosociales (APS), insatisfacción y motivación por el cambio (IM), y establecimiento y alcance de metas respecto la diabetes (EAM).

La subescala se compara entre antes y después de las sesiones mediante el test de Wilcoxon para muestras apareadas. Se consideran significativos p-valor<0.05.

Resultados: Participaron un total de 13 chicos (59.1%) y 9 chicas (40.9%) con una edad media de 13.58 años (SD=1.40).

En los grupos A y B, después de las sesiones, se obtiene un aumento en todas las subescalas, siendo la diferencia significativa (p=0.030) en la subescala IM en grupo A. El grupo C, que tiene una media superior antes de las sesiones, se obtiene una disminución de las subescalas EAM y APS, siendo en esta última significativa (p=0.042). Juntando todos los pacientes, se observa un aumento de los resultados después de las sesiones y éste es significativo (p=0.006) en la subescala IM.

Conclusión: Aunque el pequeño tamaño muestral dificulta obtener significación estadística, con estos resultados podemos concluir que las sesiones psicoeducativas realizadas son útiles para mejorar la insatisfacción y motivación para el cambio respecto la diabetes.

La disminución del grupo C se podría explicar por dos motivos; uno porque en este grupo no se dispuso de enfermera educadora y el otro, porque tenían una media mayor antes de las sesiones. En este sentido pensamos que la figura de la enfermera educadora tiene un papel importante en este tipo de sesiones y que los pacientes deberían seleccionarse previamente para identificar aquellos que más pueden beneficiarse.

32. ENFERMEDAD HEMATO-ONCOLÓGICA Y ADOLESCENCIA: IMPORTANCIA DE LA PSIQUIATRÍA DE ENLACE

*Armenter Duran J.; García A.; Trojan D.
Hôpital Universitaire De Genève, Switzerland*

Introducción: Este Case Report ilustra los efectos que una enfermedad somática oncológica puede provocar cuando aparece en el principio de la adolescencia (proceso de individualización secundaria descrito por Blos, 1967). Des de un punto de vista piscodinámico, el sentimiento de culpabilidad se incrementa cuando la aparición de la enfermedad es concomitante al proceso puberal y los movimientos de separación. El adolescente puede vivir su enfermedad como un castigo de las nuevas pulsiones emergentes.

Pablo, fue diagnosticado de una Histiocitosis de células de Langerhans unifocal a la edad de 11 años. Un año después, la evolución es buena, y en un control de final de tratamiento quimioterápico, los oncólogos llaman a la psiquiatría de enlace porque Pablo presentó dos episodios de defecación en la ducha. El psiquiatra infantil evalúa Pablo, que presenta una sintomatología depresiva-ansiosa grave.

Métodos: Después de la evaluación de Pablo, el psiquiatra infantil pone una indicación a una psicoterapia breve focal, que realizará él mismo, a una frecuencia de una vez por semana con una durada establecida de un año. Entrevistas con la madre, son realizadas paralelamente en varias ocasiones. El focus de la terapia consistió en disminuir la culpabilidad que Pablo podía sentir de empezar a crecer y separarse de su madre, culpabilidad aumentada por la llegada de la enfermedad.

Resultados: Pablo presenta una sintomatología depresiva importante, expresando una tristeza con llanto desconsolado, una irritabilidad y una conducta regresiva. La familia describe un repliegue del mismo, encerrándose en su habitación y comunicando poco. Pablo presento ideas suicidarias. En ese momento, una entrevista con la madre nos reveló que su hermano se suicidó, después de haber presentado algunos de los mismos síntomas depresivos Pablo. Una vez identificada las proyecciones que ella tenía sobre su hijo, hubo un efecto inmediato en su hijo, que no volvió a expresar ideas de suicidio. A medida que la terapia avanzaba y la culpabilidad disminuía, Pablo empezó a sentirse mejor, a tener una actitud adolescente y la sintomatología depresiva desapareció.

Conclusiones: El miedo a morir que puede estar presente en la pubertad (angustias de muerte debidas a la reactivación del complejo de Edipo) es aumentado por la enfermedad y hace obstáculo al proceso de separación-individualización. Una intervención del equipo de psiquiatría de enlace, focalizada a disminuir los efectos psicológicos que la enfermedad provocó en el paciente y su entorno, resolvieron la sintomatología depresiva que presentaba y le permitieron la entrada a la adolescencia.

33. CYBERBULLING

*Martin Carballada J.1; Chinchurreta De Lora N. E.2;
Bañón González S. M.3; De Cos Milas A.2; Carazo
Giménez S. M.4*

*C.s.m. De Alcorcón¹; C.s.m. Móstoles²; Hospital
Universitario De Móstoles³; C.s.m. Alcorcón⁴, Madrid,
España*

Introducción: El término ciberacoso, también conocido como cyberbullying, es una extensión del acoso en los medios tecnológicos, por teléfono o por Internet, por el cual una persona (acosador) trata de minar y socavar la autoestima de otra (acosado o bullied), enviándole mensajes amenazantes, intimidatorios o chantajistas a través de servicios de e-mail o mensajería instantánea (tipo chat o messenger), sms o las redes sociales.

Antes de que se extendiese el uso de la tecnología, en el fenómeno de bullying o de acoso o maltrato se producía un encuentro cara a cara entre el acosador y el acosado,

acompañado de insultos, amenazas y burlas, pudiendo además desembocar en la agresión física como modo de conseguir aquello que quería el acosador.

En los últimos años, y gracias a las campañas de sensibilización, especialmente en el ámbito escolar, dirigidas tanto a profesores como a padres, se ha ido reduciendo el número de casos de acoso directo, dando paso al nuevo fenómeno del ciberacoso, auspiciado por la generalización del empleo de dispositivos móviles y el uso de Internet, además de por la idea de anonimato en la red, lo que da al acosador cierta impunidad de su actos.

Métodos: Revisión bibliográfica del tema en los últimos 5 años.

Resultados: Es especialmente preocupante el creciente número de casos entre adolescentes. Por ejemplo en España, casi un tercio de los menores de 17 años afirma haber sufrido ciberacoso, e incluso el 19% reconoce haber insultado en la red. En Latinoamérica, según datos de la UNESCO, más del 50% de los alumnos de primaria ha sido víctima de acoso escolar, un peligro que se potencia en la red.

Conclusiones: Aumentar las campañas preventivas para disminuir el número de acosados y acosadores.

34. USO PROBLEMÁTICO DE INTERNET EN ADOLESCENTES CON TEA Y EN ADOLESCENTES CON TDAH. ESTUDIO DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO

*Gracia Liso R.1; Montalvo I.1; Llorens M.1; Espluga N.2; Torralbas J.1; Pamiás M.1
Hospital Parc Taulí¹; Hospital Parc Taulí², Sabadell, España*

Métodos: Se analiza una muestra de 40 pacientes TEA y 35 TDAH, edades entre 12 y 18 años. Se excluyen los pacientes con Retraso Mental.

Las variables estudiadas son: sexo, edad, hábitos de uso de internet (frecuencia de conexión, duración, horarios, y tipo de uso). Uso Problemático de Internet (UPI) con la escala UPI (Rial, 2015) y Estilos Educativos Parentales a través de la escala APQ (Servera, 2007).

Resultados: Características de la muestra: 75 sujetos; TEA (n=40), TDAH (n=35), edad media de 14,1 años y 82,9% de chicos, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Comparativa entre grupos: Media en escala UPI del grupo TEA es 15.49 y en el grupo TDAH de 12.58. Porcentaje de pc que presentan UPI (escala UPI>15), es de 46,2% para TEA y 35.5% para TDAH. (sin diferencias estadísticamente significativas).

En cuanto a los hábitos de uso de internet, no se encuentran diferencias entre los dos grupos excepto en el tipo de uso que se le da a la red. El 63.9% de los TDAH frente al 36.1% de los TEA usan internet para conectarse a redes sociales, y el 54,8% de los TDAH frente al 45.2% de los TEA para estudiar, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

Análisis intragrupos: En el grupo de TEA, las variables asociadas a mayor riesgo de UPI son: el uso de juegos on line (p=0.034), el uso del ordenador más de tres horas al día (p=0.042), y la disciplina inconsistente (p=0.043).

En el grupo de TDAH, sólo se ha asociado a un mayor riesgo de UPI, utilizar el ordenador más de tres horas al día. (p=0.049)

Conclusiones: En ambos grupos existe un mayor UPI respecto a población no clínica.

Los TEA utilizan menos Internet para estudiar y para conectarse a redes sociales que los TDAH.

En ambos grupos, conectarse durante más de 3 horas al día supone un factor de riesgo para UPI.

Además, en el grupo TEA, la disciplina inconsistente, y los juegos on line también suponen un factor de riesgo para UPI.

En futuras investigaciones sería interesante estudiar si existe alguna variable clínica o neuropsicológica de los trastornos o bien alguna variable de función ejecutiva común que explique la mayor prevalencia respecto a la población general.

Con los resultados obtenidos, surge la duda respecto al UPI en población TEA: hablamos de un uso poco adaptativo o bien de un interés restringido?. Puede un interés restringido dar lugar a una adicción a internet?

35. INTERNET GAMING DISORDER: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL

Martínez-Zuccardi M.1; Carbonell X.2; Matali-Costa J.3; Vilaregut A.4

*Universidad Ramon Llull¹; Universidad Ramon Llull²;
Fundació Hospital Sant Joan De Déu³; Universidad
Ramon Llull⁴, Barcelona, España*

Introducción: Internet, aparatos electrónicos y videojuegos forman parte de la vida de niños y adolescentes. El consumo de videojuegos se ha expandido considerablemente y con ello, la demanda de asesoramiento por parte de padres y educadores a los profesionales de la salud. En el ámbito científico y clínico, la inclusión del Internet Gaming Disorder (IGD) en la sección III del DSM-5 ha permitido unificar los criterios diagnósticos.

Objetivo: Realizar una revisión bibliográfica de las principales características clínicas del Internet Gaming Disorder en población infanto-juvenil, con el fin de identificar áreas que requieran mayor investigación.

Método: Se consultó las bases de datos PsycInfo y PubMed. Resultados: Existe una importante variación en la prevalencia de IGD entre diferentes países (0,6% - 44,5%), preferentemente varones, que puede ser debida a la utilización de diferentes instrumentos de medición de IGD así como a la interferencia de variables culturales específicas de cada país. Se destaca la presencia de comorbilidad psiquiátrica en pacientes con IGD (TDAH, Depresión Mayor, Fobia Social, y Trastornos del comportamiento Perturbador). Uno de los motivos más frecuentes para mantener la conducta de juego es la socialización. A pesar de existir estudios que señalan la importancia de las variables familiares y de socialización, se ha detectado un vacío importante en su estudio.

Conclusión: La ubicación del IGD en la sección III expone la necesidad de estudiar en mayor profundidad dicha categoría diagnóstica. El IGD tiene características similares a las adicciones a sustancias y adicciones comportamentales. Sin embargo, se requieren estudios

que contemplen variables específicas relacionadas con dicha problemática en la población infanto-juvenil. Por un lado, se destaca un vacío en el área de habilidades sociales y de comunicación por parte de los adolescentes, siendo característico de esta población el aislamiento social y las dificultades relacionales. Por otro lado, se detecta la necesidad de incluir en futuros estudios las variables familiares que podrían estar dificultando un desarrollo saludable, sobre todo considerando a la familia como la principal encargada de la nutrición emocional. Por último, se destaca la necesidad de estudiar en mayor profundidad la comorbilidad psiquiátrica, tanto para la comprensión del IGD, como para un planteo de prevención e intervención eficaz.

36. SITUACIÓN ACTUAL DEL CYBERBULLYING

Hernández González C.; Zurita Carrasco M.; Ortega Orihuela P.

Hospital Universitario Puerto Real, Cadiz, España

Introducción: Actualmente, dado el amplio acceso a las nuevas tecnologías, cada vez son más los niños y adolescentes que acuden a consulta con síntomas resultantes de una situación de acoso por medio de internet: el cyberbullying. Aunque el fenómeno de bullying es cada vez más conocido, el ciber-abuso ha sido menos estudiado.

Métodos: Revisión bibliográfica en PUBMED y NHS evidence, con los descriptores cyberbullying, e-bullying. Además, hemos realizado una búsqueda en la red, mediante servidor google, para conocer los recursos y la información disponible en la red tanto para profesionales como para padres o afectados.

Resultados: Los estudios y revisiones disponibles concluyen que una proporción significativa de los niños y adolescentes que oscila entre el 6,5 y el 40% han sido víctimas de acoso cibernético. El uso diario de tres o más horas de internet, cámaras, mensajes de texto y publicar información personal en las redes sociales, se han visto asociados con el acoso cibernético. Numerosos estudios han demostrado las serias repercusiones a nivel clínico

del acoso escolar. En los casos de acoso mediante las tecnologías la situación se puede agravar por la amplia difusión que puede tener. Además posibilita que el menor se vea acosado en cualquier momento y lugar. Tanto víctimas como acosadores sufren más problemas emocionales y psicosomáticos así como dificultades sociales. El cyberbullying se asocia con síntomas moderados a severos de depresión, abuso de sustancias, ideación e intentos de suicidio.

Existen recursos on-line de divulgación científica de fácil acceso que incluyen recursos para la prevención, información general y pautas de actuación ante la sospecha o el sufrimiento de este tipo de acoso como: prevencionciberbullying.com, stopbullying.gov, [ciberbullying research center](http://ciberbullying.researchcenter.org) y ciberbullying.com.

Encontramos relatos de supuestas víctimas en al menos cinco foros recientes, en los que destaca el sufrimiento y las ideas de muerte reportadas.

Conclusiones: Cada vez hay más estudios que investigan la amplitud y la repercusión del cyberbullying, aunque la heterogeneidad de estos hace que tengamos que tomar con precaución las conclusiones. Es imprescindible que los profesionales de la salud tengan presente que es un fenómeno que afecta hasta a un 40% de la población infantil y adolescente. Las consecuencias suponen un importante problema de salud pública, pudiendo tener consecuencias nefastas tanto para las víctimas como para los acosadores. A pesar de la existencia de algunos recursos en la red, creemos necesario y urgente implementar programas de prevención y educación en la población general.

37. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA PILOTO DE APOYO EN PSIQUIATRÍA INFANTIL (API), ENTRE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y NIVEL SECUNDARIO DE SALUD, DEL SERVICIO DE SALUD VALPARAISO - SAN ANTONIO: 12 MESES DE SEGUIMIENTO

*Ortega Maldonado B.1; Garcés Quevedo C.2
Hospital Del Salvador¹; Hospital Gustavo Frické², Chile*

Introducción: A pesar de la alta prevalencia de la patología psiquiátrica infanto-juvenil, la escasez de

psiquiatras infantiles y la falta de apoyo a los centros de medicina primaria, la falta de acceso a atención mental oportuna y de calidad han sido un problema permanente en Chile y en el mundo. El Programa de Apoyo en Psiquiatría Infantil (API) es un sistema piloto colaborativo telefónico y presencial de salud mental, entre el nivel primario (7 Centros de salud familiar (CESFAM)) y secundario de salud (Unidad infanto-juvenil, Hospital Psiquiátrico del Salvador), pertenecientes al Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio. Iniciado en diciembre 2012.

Objetivos: Crear, diseñar y evaluar el programa API durante 12 meses de funcionamiento, a través de la frecuencia de interconsultas y número de ingresos a programa de salud mental en el CESFAM.

Métodos: Estudio longitudinal, prospectivo, cuasi experimental de serie cronológica de dos grupos, en un periodo de 12 meses.

Resultados: En un periodo de 12 meses se recibieron 105 llamados telefónicos. Un 87% fueron hechas por psicólogos/as. Se indica evaluación conjunta en un 59% y se indicó derivación a nivel secundario en un 16% de los llamados. Se realizaron 64 consultorías, que incluyó capacitación o evaluación conjunta. Se evaluaron a 67 pacientes, de éstos, 25 (37%) se derivaron a nivel secundario y 45 (63%) se mantuvieron en su CESFAM. Hubo un 13% de disminución en las interconsultas recibidas en la UIJ HDS entre el periodo anterior (2012) y el periodo actual (2013) y una disminución en las tasas por 1000 habitantes de las interconsultas en estos mismos periodos de 2,8 a 2,6, respectivamente.

Conclusiones: Los psicólogos/as de los CESFAM, son quienes dirigen y recurren más a este sistema. Se resuelven la mayoría de las dudas vía telefónica, a través de la sugerencia de diagnóstico y manejo. Es posible plantear que el "Programa API", favoreció la disminución de la derivación a la Unidad especializada, pudiendo tener una mayor resolución a nivel primario de salud.

38. LA COMPETENCIA SOCIAL EN LA ADOLESCENCIA: IMPLANTACIÓN DE UN GRUPO DE HABILIDADES SOCIALES EN UN SERVICIO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL.

Bassolas Esteban L.; Padilla Paredes P.; Borràs Crussat J.; Gisbert Gustemps L.; Dot Palleres M.

Centro De Salud Mental Infanto Juvenil De Horta-Guinardó (csmij) Hospital Sant Rafael Barcelona, España

Introducción: La adquisición de competencias técnicas para la mejora de las relaciones interpersonales en el comienzo de la etapa adolescente ha ido adquiriendo con los años mayor importancia tanto en su estudio como en la práctica clínica. La intervención sobre esta área es de gran relevancia debido al peso que toman los iguales en la vida de los jóvenes.

Método: Con objetivo de mejorar las competencias sociales de un grupo de 7 adolescentes (3 mujeres y 4 hombres) de entre 13 y 15 años atendidos en el Centro de Salud Mental Infanto-juvenil de Horta-Guinardó (Barcelona) por dificultades de relación, se llevó a cabo una intervención grupal de 12 sesiones realizadas con frecuencia quincenal llevadas a cabo de octubre de 2015 a marzo de 2016. Para evaluar el cambio en el nivel de competencia social de los jóvenes se administra la Escala de Habilidades Sociales (EHS; Gimeno-González, 2010) en la primera y última sesión grupal. Esta escala se compone de 6 subescalas: autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. Todas estas competencias se trabajan a través de técnicas como el role-playing, juegos y aprovechando las situaciones sociales que acontecían en el grupo de terapia.

Resultados: Se espera encontrar una diferencia significativa en las puntuaciones de habilidades sociales según la escala EHS. Más específicamente se espera hallar una mejora en las competencias sociales anteriormente mencionadas. Los resultados se encuentran a la espera de que finalice la intervención grupal.

Conclusiones: La implantación de grupos de desarrollo de habilidades sociales en la atención especializada en el ámbito infantojuvenil se constituyen como importantes precursores de una adecuada socialización durante la adolescencia previniendo de esta manera posibles dificultades futuras en el funcionamiento social.

39. IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL INFANTIL Y JUVENIL

Gisbert Gustemps L.; Real Dasi A.; Borràs Crusat J.; Dot Palleres M.; Pérez Segarra A. C.

Centro De Salud Mental Infanto Juvenil De Horta-Guinardó (csmij) Hospital Sant Rafael Barcelona, España

Introducción: El momento en el que se encuentra actualmente la sanidad pública de este país requiere de una gestión de los recursos más eficiente que optimice la calidad de la atención sanitaria ofrecida al paciente.

Métodos: Con esta situación el Hospital Sant Rafael apostó por la excelencia en la gestión como herramienta de eficiencia y mejora de los resultados de la organización. A raíz de este compromiso en 2010 adoptó la Gestión Basada en Procesos como modelo de gestión global del hospital. En 2013 se puso en marcha el proceso de atención a la salud mental infantil y juvenil. La fase inicial consistió en un análisis profundo del proceso. Con el fin de establecer áreas de gestión más manejables, se dividió el proceso en subprocesos. Para cada subproceso se fijó un responsable que se le llamó propietario del proceso. Todo ello se materializó en un conjunto de documentos, diagramas e indicadores. Una vez se tuvo el proceso definido se inició la fase de implantar una metodología que motivara la mejora continua e innovación. Para ello se crearon diferentes equipos de discusión para identificar puntos débiles y oportunidades de mejora del proceso. Para facilitar el trabajo a los responsables de los procesos, el hospital ha implementado una aplicación web, minerva, que le permite gestionar de forma centralizada los indicadores clave del proceso, los procedimientos, protocolos y demás documentación y establecer un canal para recoger incidencias y sugerencias de los profesionales.

Además, recientemente se ha puesto en marcha un nuevo módulo de minerva, el minerva análisis, que ayuda

a la gestión y seguimiento de los proyectos de mejora. Con minerva análisis cada responsable gestiona el campo de alcance de su proyecto, la asignación de recursos y la planificación de las distintas tareas y acciones. A su vez, es una potente herramienta de reporting dado que todos los profesionales del hospital tiene acceso para consultar el estado de los proyectos.

Resultados: El 67% de los objetivos fueron cumplidos. Un 80% de los indicadores se cumplieron y se obtuvo un 100% de progreso de los objetivos.

Conclusiones: La implementación de este proceso de gestión ofrece la oportunidad a los profesionales de participar en la toma de decisiones relacionada con la mejora continua del servicio en el que trabajan además de contribuir a la mejora asistencial con un uso óptimo de los recursos.

40. IMPLEMENTATION OF AN ACT CURRICULUM FOR ADOLESCENTS ON AN INPATIENT PSYCHIATRIC UNIT: A FEASIBILITY STUDY

Makki M.1; Hill J. F.1; Mccammon S. M.1; Mcfall-johnsen M.2; Delaney K. R.2
Rush University Medical Center¹; Rush Univeristy Medical Center², Chicago, IL, USA

Introduction: Pediatric psychiatric inpatient treatment serves an important function for youth in a mental health crisis or dealing with serious emotional disorders. Fundamental to an inpatient unit's treatment program are the groups and activities scheduled throughout the day. These groups organize the patient's time and also provide therapeutic, socialization, creative and educational experiences. While a range of evidence-based mental health interventions are documented in child/adolescent treatment literature, there are few instances of their application in pediatric inpatient treatment. This poster details the implementation of evidence-based group programming aimed at enhancing/augmenting the coping skills of adolescents receiving services on a child/adolescent psychiatric unit.

Method: An interdisciplinary project team employed the quality improvement cycle to implement a series of groups structured around the concepts of Acceptance

and Commitment therapy (ACT). To this end, evidence-based group protocols were constructed on a variety of ACT-related concepts. To implement the largely staffed groups the planning team conducted educational/development sessions with nurses and mental health workers. Data were collected on patient/parent perceptions of the ACT programming and participants scores on the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQ-Y); a measure which taps into concepts of psychological flexibility fostered by cognitive fusion and experiential avoidance.

Results: The data collected over the course of a year indicated an increase in unit structure and decrease in amount of time adolescents spent in their rooms. Patient and parent knowledge of ACT principles increased and both groups expressed satisfaction with the group programming. Unit level data from three periods of collection also indicated adolescent's adoption of ACT language, improvement in AFQ-Y scores and increased parental knowledge of the unit's treatment approach.

Conclusion: Adolescent inpatient therapy groups can be designed based on ACT principles. The information/concepts provide adolescents with a new language for coping with stress and also for accepting particular aspects of their illness. Staff nurses and mental health workers can be trained to lead these groups and thus increase programming on inpatient psychiatric units with existing resources.

41. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PSICOPATOLÓGICAS DE LOS INGRESOS EN UNIDAD DE ADOLESCENTES DEL HGUGM DURANTE EL AÑO 2015

Ayora Rodriguez M.1; Paris Perez J. A.2; Fraga Fraga S.3; Espliego Felipe A.4; Moreno Pardillo M. D.4; Arango Lopez C.4
Hospital Reina Sofia^{1,2}. Servei De Psiquiatria, Hospital Universitari Vall D'hebron, Cibersam.²; Complejo Hospitalario Universitario De Pontevedra.^{3,4}. Servicio De Psiquiatria Infantil Y Juvenil, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Cibersam,⁴ España

Introducción: En la Unidad de Adolescentes del Hospital Universitario Gregorio Marañón atendemos

a una población dinámica, en la que actualmente están emergiendo mayor número de casos que requieren un abordaje integral desde una unidad específica como la nuestra, debido a una situación psicopatológica de riesgo. Con el fin de adaptarnos a las nuevas necesidades y de determinar posibles mejoras nos sometemos a una continua evaluación, tanto del trabajo realizado como de la población atendida.

Método: A partir de una base de datos informatizada con casi 120 variables para cada paciente, se realiza un análisis descriptivo de todos los ingresos (n=412) de la UADO durante el año 2015. Utilizando como herramienta la escala HONOSCA para evaluar los cambios producidos en la sintomatología durante el ingreso.

Resultados: Presentaremos tanto los datos sociodemográficos como los datos clínicos evaluados de manera explicativa. Haciendo uso de tablas, gráficos de sectores e histograma de barras, según los datos evaluados.

Conclusiones: Esperamos estimar un mayor número de ingresos respecto a años anteriores, analizaremos la estancia media y el número de reingreso, estos datos son indicativos del difícil manejo y de la necesidad de dispositivos y de personal altamente especializados y cualificados. Los diagnósticos al alta según las categorías principales (CIE-10) no han presentado grandes cambios respecto a años anteriores, con mayor prevalencia de la categoría F40-49 y F 90-99, siendo los principales motivos de ingreso auto o heteroagresividad, contención y diagnóstico diferencial. Al igual que en años anteriores, destaca el elevado grado de desventaja social y el peor nivel socioeconómico de los usuarios, siendo necesaria la búsqueda de recursos al alta y la coordinación estrecha tanto con asuntos sociales como con otros dispositivos, con el fin de dar el soporte necesario a cada paciente.

42. EL SEGUIMIENTO RUTINARIO DEL DESARROLLO INFANTIL EN LA ESCUELA COMO ESTRATEGIA PREVENTIVA DE SALUD MENTAL

Muñoz Cano R.

Departamento De Educación, Política Lingüística y Cultura. Gobierno Vasco, España

Introducción: El impacto de los determinantes sociales de la salud en la vida de las personas; el acuerdo en la promoción del desarrollo infantil como garantía de una mejor atención a los procesos básicos del neurodesarrollo, de la detección y la intervención en entornos naturales; la alta tasa de escolarización infantil en el País Vasco (del 51,8, 95,8, 96,7 y 97,5 a los 2, 3, 4, y 5 años, respectivamente), así como el nuevo Modelo de Atención Temprana, son los elementos que sustentan el Protocolo de Seguimiento del Desarrollo Infantil: El entorno educativo de la atención temprana.

Métodos: Se implanta un proceso sistemático de observación en la Etapa Infantil para focalizar la atención de la comunidad educativa en el neurodesarrollo y la detección de dificultades o alteraciones que puedan generar necesidades específicas de apoyo educativo. Un proceso de cribado de carácter universal situado en el ámbito ordinario de la actividad educativa, para el periodo 2 - 5 años, de acuerdo con la propia estructura de la Etapa. Una primera fase, denominada Vigilancia Rutinaria del Desarrollo, incluirá la observación de un conjunto de ítems a través de instrumentos elaborados al efecto (EODIs). Una segunda fase, denominada Detección específica, se dirigirá a aquellos casos en los se hayan detectado dificultades o alteraciones.

Resultados: La puesta en marcha del Protocolo ha requerido la formación, en una primera fase, de más de 3000 tutores, consultores, profesorado de Audición y Lenguaje... a la vez que ha señalado el papel de la educación infantil como espacio comunitario relevante para la detección e intervención en las dificultades del desarrollo. La mejora en estos procesos podrá valorarse al final de 2017. En la actualidad, 2540 alumnos/as son atendidos en la Etapa Infantil por presentar dificultades en el desarrollo. De ellos 1185 disponen de la atención del profesorado de apoyo, 1360 del profesorado de Audición y Lenguaje, 261 reciben atención fisioterapéutica, 236, de la terapia ocupacional y 878 alumnos de especialista de apoyo educativo.

Conclusión:

- La alta tasa de escolarización en Educación Infantil permite poner en marcha iniciativas cuasi universales de promoción, detección e intervención sobre el desarrollo y por tanto de mejora las condiciones de vida de los niños y niñas, desde una perspectiva inclusiva.

El Protocolo de Seguimiento del Desarrollo Infantil facilitará los procesos de derivación e intervención integrada, en el ámbito de la Atención temprana, por parte de los profesionales del sistema social, sanitario y educativo.

43. VIDEO-FEEDBACK INTERVENTION TO PROMOTE POSITIVE PARENTING AND SENSITIVE DISCIPLINE (VIPP-SD): A PRACTICE CASE

Valencia Agudo F.; Fabrega Ribera M.; O'farrelly C.; Iles J.; Ramchandani P.
Imperial College London, UK

Introduction: The Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD) was developed at Leiden University (The Netherlands). It is a preventive, short-term and home-based intervention aimed at increasing sensitivity and improving discipline strategies of caregivers in order to encourage positive interaction with their children and to prevent or reduce behavioral problems.

The effectiveness of VIPP-SD has been demonstrated in recent research. A randomized control trial looking at the efficacy and cost-effectiveness of VIPP-SD in families with children aged 1 to 3 at risk of enduring behavioral problems is currently being conducted in the UK. In this study both parents are invited to take part if they wish.

We aim to describe the VIPP-SD procedure carried out in a practice family case and to examine the results obtained.

Method: The VIPP-SD intervention consists of 6 home visits, of approximately 90 minutes each, as described in the standardized protocol. A micro-analysis of video recordings of parent-child interaction is performed and videofeedback is given to the family in the following session. The Strengths and Difficulties Questionnaire for Parents (SDQ-P) was administered before and after the intervention. Information about clinical progress was gathered by means of a clinical interview.

Results: A 3-year-old child and his mother participated in the intervention that was carried out from January to March 2015 in the UK. The presenting complaints were behavioral problems and relationship difficulties

(separation anxiety from the mother, difficulties in the relationship with other members of the family, etc). The mother had history of depression.

The score for overall stress in the SDQ-P went down from 21 to 14. The behavioral improvement was consistent with the mother's verbal feedback, according to the follow-up answers. Moreover, the mother reported a decrease in the child's separation anxiety, tantrums and an improvement in following rules.

Conclusions: VIPP-SD appeared to be effective in this case, improving the child's behavioral and attachment difficulties. Further investigation will be necessary to generalise the results in the UK setting and also in other countries, like Spain, where this intervention has not been developed yet.

44. CLINICAL PROFILE OF PATIENTS WITH EATING DISORDER DIAGNOSIS IN A REGIONAL CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRIC SHORT-TERM HOSPITALIZATION UNIT

Gallardo Borge L.I.; Sevillano Benito I.I.; Rodríguez Andrés L.I.; Hernández García M.I.; Geijo Uribe S.I.; Imaz Roncero C.2

Hospital Clínico Universitario De Valladolid¹; Hospital Universitario Río Hortega², España

Introduction: The Regional Child and Adolescent Psychiatric Short-Term Hospitalization Unit of "Castilla y León" had been opened in the end of June 2007 in "Hospital Clínico Universitario" in Valladolid. There are only 8 beds for patients under 18 years old from "Castilla y León" region. This region has 9 provinces with a target population of 370.044 habs (Ratio beds/100.000habs: 2.16)

Aim: To explore the clinical profile of the eating disorder (ED) patients hospitalised in the Regional Child and Adolescent Psychiatric Short-Term Hospitalization Unit of "Castilla y León" along 7 years and a half (from June 2007 to December 2014)

Methods: Observational, transversal, descriptive study with a retrospective character

Background: patients hospitalised in the Regional Child and Adolescent Psychiatric Hospitalization Unit of

“Castilla y León” diagnosed with the DSM IV criteria for ED.

Observed variables: DSM-IV diagnosis, gender, age, readmissions, length of stay, area of origin.

Results:

Total admissions from June 2007 to December 2014: 767

Total admissions diagnosed of ED: 151 (19.69%) From 2007 to July: (10; 15; 10; 20; 20; 28; 21; 27)

Gender: 113 females (74.82%), 38 males (25.17%)

Readmissions: 41(27.15%)

Age: ≥12yo: 12; 12-13yo: 36; 14-15yo: 62; 16-18yo: 17

Diagnosis: 114 anorexia 75.50% (103 restricting type (68.21%), 11 binge-eating/purging type (7.28%)), 12 bulimia (7.95%), 25 eating disorders not otherwise specified (EDNOS) (16.56%)

Length of stay: media 21,7 days. From 2007 to 2014, respectively: 42.5 days; 27.3 days; 33.4 days; 17.62 days; 10.05 days; 29.87 days; 32.6 days; 29.1 days) ≤30 days: 50% and ≥30 days: 50%

Rate of beds' occupation: 25.34%. From 2007 to 2014, respectively: 29.20%, 16.30%, 13.18%, 20.14%, 14.73%, 37.05%, 35.38%, 38.70%

Area of origin: Ávila: 7 (4.64%), Burgos: 10 (6.62%), León: 12 (7.95%), Palencia: 14 (9.27%), Ponferrada: 13 (8.61%), Salamanca: 5 (3.31%), Segovia: 5 (3.31%), Soria: 9 (5.96%), East Valladolid: 33 (21.85%), West Valladolid: 31 (20.53%), Zamora: 12 (7.95%)

Conclusions: Objectively, there was an increase of admissions with ED diagnosis in our Regional Hospitalization Unit. This supposed that the length of stay was extended more than desirable, and involved that, due to the reduce number of available beds, other vulnerable patients (another diagnosis) couldn't benefit with an hospitalization admission and had to be included in the waiting list.

Maybe, it could be interesting to create a specific ED unit to treat these disorders in patients in child and adolescent age and could give them a more specific treatment.

45. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL. UNA EXPERIENCIA DE TRABAJO CONJUNTO DEL MUNDO EDUCATIVO Y EL SANITARIO (LAS UNIDADES TERAPÉUTICO-EDUCATIVAS)

Motoso Poncela J.1; Larrañaga Iturbe J.2; Landaluze Zarandona L. M.3

Oeth Araba¹; Oeth Gipuzkoa²; Oeth Bizkaia³, España

Introducción: El Departamento de Educación del Gobierno Vasco crea por Decreto 266/2006, de 26 de diciembre, las Unidades Terapéutico-Educativas (UTE). El ámbito de actuación se desarrolla en colaboración con la red de Salud Mental del País Vasco (convenio de colaboración Departamento de Educación-Osakidetza del 1 de mayo de 2008).

Las UTE surgen para dar respuesta a alumnado con graves problemas de salud mental e importantes problemas de adaptación educativa y social, que necesitan una atención sanitaria intensiva junto con la labor educativa.

La estancia en la UTE es temporal, máximo un año, para lograr una mejoría a nivel psíquico que les permita acceder mejor a los aprendizajes y a su adaptación escolar y social.

Métodos: Son alumnos-as con graves problemas psíquicos, que necesitan adquirir estrategias que les ayuden a mejorar su equilibrio psíquico. Presentan también importante problemática de adaptación escolar, social y familiar, que les impide avanzar en los aprendizajes escolares.

Cada alumno-a, tiene su plan de intervención individual educativo y terapéutico. Exige objetivos a corto plazo, revisándose y modificándose según la evolución.

Es necesario un equilibrio para adaptar los objetivos a las capacidades y los procedimientos de enseñanza, ofreciendo las ayudas suficientes para lograr resultados apetecidos y adecuados.

Estrategias de intervención:

1. Plantear situaciones de aprendizaje reales y proponer actividades auténticas vinculando el conocimiento a los problemas importantes y reales de la vida cotidiana.
2. Propiciar entornos de aprendizaje tranquilos,

sosegados, cálidos, seguros y predecibles, donde no haya un exceso de estimulación ambiental.

3. Mostrar en cualquier actividad el sentido de lo que deseamos que hagan. Presentar la tarea de forma clara, asegurando la atención y estimulando la motivación.
4. Favorecer los aprendizajes sin error, y proporcionar reforzadores principalmente sociales.
5. Implicar a la familia y a la comunidad en la adquisición de nuevos aprendizajes

Resultados: Los parámetros identificadores de resultados óptimos son las condiciones de derivación y salida del tratamiento intensivo de la UTE: itinerario formativo, logros en inclusión social, y adecuación de la respuesta al entorno familiar.

Dependiendo de la gravedad del caso, en el ámbito educativo los chicos-as pueden reincorporarse en su centro educativo con apoyos, se puede proponer un itinerario diferente más adecuado a sus capacidades e intereses, u otras alternativas de escolarización.

Conclusión: La atención terapéutico-educativa integral e intensiva tiene una repercusión en el bienestar del alumnado muy importante y beneficiosa. Asimismo, es muy efectiva y determinante la labor desarrollada con la familia y el centro educativo.

46. PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN PARA PADRES DE PACIENTES CON RIESGO DE ENFERMEDAD MENTAL

*Gómez Sánchez S.; Sevillano Benito I.; Gallardo Borge L.; Domínguez Martín C.
Hospital Clínico Universitario De Valladolid, España*

Introducción: La adolescencia y juventud temprana es una época de cambios físicos, psíquicos, en la red socio-familiar..., que hacen al ser humano más vulnerable para sufrir una enfermedad mental. Hasta el 75% de los trastornos mentales graves debutan antes de los 25 años. Los pródromos son síntomas variados e inespecíficos, que pueden dar a lugar a diferentes enfermedades mentales. Una detección e intervención temprana mejoran la calidad de vida y producen una mejor adaptación del paciente, menor incapacidad crónica y mayor acceso al sector laboral.

Objetivo: Prevenir, detectar y tratar las fases tempranas de la enfermedad mental, en especial los primeros episodios psicóticos, en pacientes de riesgo mediante seguimiento clínico cercano e intensivo.

Proporcionar a los familiares una mejor comprensión de los síntomas, ayudar a un mejor afrontamiento, adaptarse a la nueva situación y mejorar el entorno familiar del paciente.

Métodos: Describimos la implantación de un programa de psicoeducación para familiares de pacientes con riesgo de enfermedad mental, incluidos en el grupo de seguimiento del Hospital de Día Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

El grupo de pacientes recibe un seguimiento personalizado y familiar y forma parte de actividades grupales dentro del programa, como adquisición de habilidades sociales, apoyo psicosocial, académico, laboral y actividades lúdicas. Además tanto los pacientes como sus familiares asisten a sesiones de psicoeducación de las enfermedades mentales, y tienen una terapeuta de soporte y referencia semanal o quincenal.

Resultados: Las sesiones desarrolladas están dirigidas fundamentalmente a los padres; son llevadas a cabo por dos residentes de psiquiatría y supervisadas por dos psiquiatras. Acuden 9 familias de pacientes dentro del programa de seguimiento en el Hospital de Día Infanto-Juvenil. El programa consta de 5 sesiones, de periodicidad mensual: “¿Qué es la psicosis?”, “Síntomas característicos”, “El tratamiento”, “El consumo de tóxicos”, “Prevención de recaídas y manejo de las crisis”. Como guión se emplea “La Guía PIENSA: Guía para adolescentes y familias que quieren entender y afrontar la psicosis”. CIBERSAM.

Conclusiones: Los padres se muestran agradecidos y reconfortados, encuentran un lugar donde poder expresar sus preocupaciones, compartir inquietudes y experiencias similares a las vividas. Los adolescentes refieren que la comunicación ha mejorado en el seno de sus familias y se sienten más comprendidos y apoyados por sus padres después de las sesiones. Consideramos necesaria la implantación de este tipo de programas de seguimiento y apoyo a los familiares de pacientes con enfermedad mental, como complemento a su tratamiento.

47. BUILDING ON STRENGTHS IN NAUJAAT: A PORTRAIT OF A COMMUNITY

*Bronson M.1; Ashdown H.1; Anang P.1; Gottlieb N.2
University Of Manitoba¹; Ben-Gurion University²,
Canada and Israel*

In the territory of Nunavut, Canada Inuit youth suicide rates are among the highest globally. With rates six times higher than in the general Canadian population, suicide is now considered a public health emergency of epidemic proportion. The high prevalence of Inuit youth suicide calls for population level approaches with research emphasizing the protective roles of a strong sense of cultural identity, pride and social capital.

Acknowledging the tensions created by former western post-colonial research encounters, we are drawing on more indigenous frameworks to create respectful relationships that support local agency. A Participatory Action Research (PAR) approach will be applied in which youth in the Inuit community of Naujaat (formerly Repulse Bay), Nunavut will be consulted in the design and implementation of a mental health-promoting intervention to create a self-sustaining initiative with focus on community and purpose building. As part of this larger project, an inventory of the community was undertaken with emphasis on describing local resources for youth engagement including employment, education and involvement in community activities. Methods employed include a) participatory observations of the community; and b) a document review including public documents, Hamlet and community websites and official statistics.

While Naujaat has the highest birthrate in the territory and over 70% of residents are under age 25, unemployment is nearly five times the Canadian average. A walk through the community reveals the close traditional ties to the land with caribou skins and antlers, traditional sleds (kamatiq) and bowhead whale skulls dotting the landscape. Over 85% of residents list Inuktitut as the language spoken at home. Resources available for youth engagement in the community remain limited to select after-school activities through the local Tusarvik school, Catholic Church and the Hamlet run community recreation centre. The school continues to strengthen traditional culture through yearly culture days and day trips on the land; however, there is a concern of youth who are not attending school having

less engagement within the community. Educational and employment opportunities following high school remain limited with few youth pursuing higher education.

Initial findings indicate that while Naujaat remains a cohesive community with strong connection to traditional Inuit culture and language, an increase in resources for engagement, education and employment for the young population is necessary for the ongoing health of the community. A youth initiated, community level intervention designed from Inuit perspective has been identified as a welcome addition to existing resources.

48. PROGRAMA OSATUZ: INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN EL ENTORNO ESCOLAR

*Goitia López J. M.1; Galende Lamas I.2; Taibo De Los Ríos M.3
Consorcio Educación Compensatoria De Bizkaia¹;
Berritzegune Nagusia²; Fundación Lagunak³, País Vasco, España*

Introducción: El objetivo del programa es ofrecer y desarrollar una atención específica terapéutica y educativa al alumnado de educación primaria y secundaria con graves problemas de regulación de conducta asociados a problemas de salud mental, que les proporcione las herramientas necesarias para un desenvolvimiento competente a nivel escolar, social y personal. Es una atención intensiva e integrada en el entorno escolar ordinario.

Métodos: El Programa [*], iniciado en el año 2012 incluye a un equipo de 14 psicólogos que tras haberse filtrado las solicitudes de los centros educativos públicos y concertados, establecen la prioridad de los casos a atender en el Territorio de Bizkaia, existiendo criterios de discriminación positiva para los casos más jóvenes, de mayor gravedad, de riesgo de seguridad con respecto a sus compañeros y compañeras, o que no reciben apoyos sociosanitarios. El equipo acude a los centros educativos y coordina la acción de los diversos agentes institucionales implicados, asumiendo la relación terapéutica con el profesorado, el alumnado en general, el alumno o alumna implicada y su familia. Existen sesiones semanales, durante un curso escolar, con el profesorado y con el alumno o alumna y su familia. El marco de referencia es entender la conducta no regulada y perturbadora como

un síntoma de una problemática más amplia que incluye factores familiares, escolares, personales y de salud mental. Por tanto, la acción compensatoria es multimodal y utiliza el entorno escolar para fomentar el aprendizaje de estrategias adaptativas y el bienestar y progreso personal del alumnado apoyado.

Resultados: Cada curso escolar se trabaja con una media de 33 alumnos y alumnas; con una proporción de hombre/mujer de 29 a 4. Los niveles escolares más frecuentemente asistidos son 5º de Primaria y 1º de Secundaria (reflejando el periodo de adolescencia). Se realizan anualmente evaluaciones cuantitativas, cuya muestra será presentada en el póster, del alumnado apoyado, la escuela y la familia, que ofrecen una satisfacción media de 8 sobre 10. Los primeros datos cuantitativos indican más de un 50% de mejora significativa, con permanencia en el centro educativo; consiguiéndose el 100% de asistencia continuada, y el que, aunque un 20% siga presentando descontroles comportamentales, estos son de menor intensidad y frecuencia.

Conclusiones: Existen maneras para optimizar la intervención terapéutica intensiva e integrada en el entorno escolar ordinario, que convierten la escuela en un espacio sociosanitario, permitiendo afrontar situaciones complejas de la salud mental del alumnado.

[*] www.cecobi.hezkuntza.net/web/guest/osatuz

49. NUEVO MODELO DE ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES: DE LA HOSPITALIZACIÓN TOTAL A LA HOSPITALIZACIÓN PARCIAL DIURNA

*Serrano E.; Carulla M.; Sánchez B.; Cecilia R.; Curet M.; Dolz M.
Hospital Sant Joan De Déu, Barcelona, España*

Introducción: La Hospitalización Total (HT) es el recurso de elección para el tratamiento de adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) moderado-grave. No obstante, es costosa, y el riesgo

de recaída y reingresos es elevado. La Hospitalización Parcial (HP) es una alternativa de tratamiento a la HT, tiene un menor coste y podría evitar problemas de recaídas y reingresos al facilitar la transición del hospital al domicilio.

Objetivo: Valorar la eficacia de un nuevo recurso ambulatorio intensivo, el Programa de Hospitalización Parcial Diurna para TCA de 11 horas (HPD-TCA-11h) como alternativa a la HT (evitar ingresos) y como dispositivo para la continuación del tratamiento tras el alta de HT (reducir estancias). **Método:** Se analizaron las altas del dispositivo durante el año 2015 (momento de inicio de la actividad a pleno rendimiento para 10 plazas) en términos de edad, sexo, diagnóstico, procedencia, derivación y estancia media.

Resultados: Durante el año 2015 se realizaron 74 altas, 71 (95.94%) pacientes fueron del sexo femenino y la edad media fue de 14.63 años (DE: 1.81). Respecto al diagnóstico, 50 (67.56%) tenían Anorexia Nerviosa, 18 (24.32%) TCA-No Especificado (TCA-NE) y 6 (8.12%) Bulimia Nerviosa. Treinta y cuatro (45.95%) provenían de HT y el resto, 40 (54.05%) pacientes, de recursos menos intensivos dentro de la HP del Programa TCA o Consultas Externas. La estancia media de los pacientes fue de 26 días (DE: 19.5). Por lo que refiere a la eficacia, el 70% de los pacientes que ingresaron en HPD-TCA-11h evitaron el ingreso en HT. La estancia media de los pacientes TCA ingresados en HT disminuyó de 30 días en el año 2014 a 21 días en el año 2015, fecha de implantación del nuevo recurso.

Conclusiones: La HPD-TCA-11h ha demostrado ser un recurso efectivo, como alternativa a la HT, para el tratamiento de adolescentes con patología TCA moderada-grave. Con la implementación de este dispositivo, 7 de cada 10 pacientes han evitado la HT y, de los pacientes ya ingresados, el recurso ha permitido reducir la estancia media en 9 días. Los pacientes pueden ser dados de alta de forma precoz al disponer de un recurso intensivo de continuación del tratamiento que asegura, además del tratamiento psicoterapéutico, todas las ingestas, el control de las alteraciones alimentarias y las posibles medidas compensatorias.

50. MEDIDAS DE CONTENCIÓN EN EL TRATAMIENTO HOSPITALARIO DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Molina Gallego M. C.; Cardete Morales L.; Lázaro García L.; Lombraña Mencía M.; Morer Liñan A.
Hospital Clínic De Barcelona, España

Introducción: Las conductas agresivas son frecuentes en las unidades de agudos de psiquiatría infanto-juvenil (UAPIJ) (1). En el manejo de estas conductas como primera opción se utiliza la contención verbal y farmacológica, si estas resultan no efectivas y se pone en riesgo la seguridad del paciente o de otros puede contemplarse el uso de la contención mecánica (CM), siempre y cuando hayan fracasado estrategias menos restrictivas como el uso del “time out” (TO) (2). En esta técnica el paciente es separado de los estímulos que han desencadenado la escalada de conductas agresivas. (3) Se debe destacar que el TO y la CM plantea problemas éticos. (4).

Método: Revisión retrospectiva de las historias clínicas, previa autorización por el Comité de ética del Hospital Clínic de Barcelona (HCB), de los pacientes ingresados en la UAPIJ del HCB durante un periodo de 2 años (enero 2014- diciembre 2015). Análisis descriptivo de variables demográficas y clínicas asociadas a cada grupo.

Resultados: De los 653 pacientes ingresados, 95 de ellos (14,5%) precisan algún tipo de contención: 43 TO, 45 CM y 8 CM+TO. La edad media es de 14 años, siendo 18.9% de pacientes menores de 12 años. En el grupo que incluye el uso de TO el diagnóstico más frecuente es el trastorno de conducta mientras que en el grupo que utiliza CM exclusivamente los diagnósticos más prevalentes son trastornos de conducta y afectivos. Destacar que los pacientes con diagnóstico de TEA han utilizado exclusivamente el uso TO.

Conclusiones: Solo un 14,5 % de los pacientes ingresados en la UAPIJ han llegado a requerir estrategias de contención más restrictivas que la contención verbal o farmacológica.

El 50% de las CM se han resuelto utilizando únicamente el TO.

Los pacientes con diagnóstico de trastorno de conducta han precisado medidas de contención más restrictivas siendo un 51% del total.

Bibliografía:

1. Croker JH et al. (2010). Prediction of aggression and restraint in child inpatient units. *Aust N Z J Psychiatry* 44(5): 443-9.
2. Reducing seclusion and restraint during child and adolescent inpatient treatment: still an underdeveloped area of research. Valenkamp M, et al. *Adolesc Psychiatr Nurs.* (2014) Nov;27(4):169-74.
3. Dean AJ et al. (2007). Behavioral management leads to reduction in aggression in a child and adolescent psychiatric inpatient unit. *J Am Acad.*
4. Schimmelmann, B. G. (2011). Seclusion and restraint: A neglected area of research in child and adolescent psychiatry? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20, 219–220.

51. CLINICAL PROFILE OF PATIENTS WITH PSYCHOTIC SYMPTOMS IN A REGIONAL CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRIC SHORT-TERM HOSPITALIZATION UNIT

Gallardo Borge L.1; Rodríguez Andrés L.2; Hernández García M.3; Sevillano Benito I.2; Geijo Uribe S.3; Ímaz Roncero C.4

Hospital Clínico Universitario¹; Hospital Clínico Universitario De Valladolid²; Hospital Clínico Universitario De Valladolid³; Hospital Universitario Río Hortega⁴, España

Introduction: Regional Child and Adolescent Psychiatric Short-Term Hospitalization Unit of “Castilla y León” had been opened in June 2007 in “Hospital Clínico Universitario” in Valladolid. There are only 8 beds for patients under 18 years old from “Castilla y León” region that has 9 provinces with a target population of 370.044 habs (Ratio beds/100.000habs: 2.16)

Aim: To explore the clinical profile of patients with psychotic symptoms who were hospitalised in Regional Child and Adolescent Psychiatric Short-Term Hospitalization Unit of “Castilla y León” along 7 years and a half (from June 2007 to December 2014)

Methods: Observational, transversal, retrospective, descriptive study.

Background: patients, under 18 yo, hospitalised in Regional Child and Adolescent Psychiatric Short-Term Hospitalization Unit of “Castilla y León” with psychotic symptoms.

Variables: DSM-IV diagnosis, age, gender, readmissions, substance abuse, length of stay, are of origin.

Results:

Total admissions: 767

Total admissions with psychotic symptoms: 93 (12.13%). From 2007 to 2014: 6; 23; 10; 15; 16; 12; 5; 6

Gender: 64 males (68.82%), 29 females (31.18%)

Readmissions: 32 (34.41%)

Diagnosis: schizophrenia spectrum 72 (77.42%) (schizophrenia 31, schizophreniform disorder 9, schizoaffective disorder 6, acute psychotic disorder 24, schizotypal personality disorder 1, atypical psychosis 1) and affective disorders 21 (22.58%) (major depression with psychotic symptoms 4, bipolar disorder 17 (mania episode-14, mixed episode 3))

Length of stay: media 17.7 days

Area: Ávila: 7; Burgos: 7; León: 13; Palencia: 11; Ponferrada: 5; Salamanca: 5; Segovia: 5; Soria: 3; East Valladolid: 21; West Valladolid: 7; Zamora: 8)

Toxic users: 23 (24.73%)

Gender: males 16 (69.57%), females 7 (30.43%)

Diagnosis: schizophrenia spectrum 17 (73.91%) (schizophrenia 5, schizophreniform disorder 2, acute (brief) psychotic disorder 10) and affective disorders 6 (26.09%) (bipolar disorder 6 (mania episode-5, mixed episode 1))

Readmissions: 4 (17.39%)

Medium length stay: 19.87 days

Conclusions: The most critical period in which appear most of the mental illnesses was the adolescent and youth. The psychotic symptoms could be a clinical feature of some of these illnesses.

Objectively, there was a decrease of admissions of patients with psychotic symptoms in our unit. One explanation could be that maybe the our-patient units worked better and treated the patients without the necessity of hospitalizations.

Observing our data, we could not see a big difference

in the measured variables between the patients with and without substance abuse. In following studies we would have to study the reason of these results with another variables.

52. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PRIMERAS CONSULTAS EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL AMBULATORIO

Vilar Garcés A.; González Ruano E.; Fernández Montero R.; Fresno González C.; Gómez Simón I.; Pujals Altés E. Centre De Salut Mental Infanto-juvenil (csmij) Ciutat Vella – Inad – Parc de Salut Mar, Baercelona, España

Introducción: La salud mental infanto-juvenil ha cobrado gran relevancia en las últimas décadas. Se estima que la prevalencia de trastornos mentales en dicha población oscila entre el 17 y 20%. Resulta de interés conocer las variables sociodemográficas de pacientes derivados por primera vez a un centro de salud mental infanto-juvenil ambulatorio con el fin de hacer frente a las principales demandas y necesidades de la los mismos así como establecer una adecuada coordinación con los principales servicios derivadores.

Objetivos: Realizar una descripción de las variables sociodemográficas más relevantes de las primeras consultas en un centro de salud mental infanto-juvenil ambulatorio durante el último trimestre del 2015.

Metodología: Se realizó el estudio sobre una muestra total de 46 pacientes que fueron atendidos por primera vez en nuestra unidad en el período comprendido entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre de 2015. Los datos se obtienen de la revisión de historias clínicas y se recogen las siguientes variables: edad, género, estado civil de los padres, número de hermanos, nivel escolar, servicio que deriva al paciente y motivo de consulta.

Resultados: Los resultados obtenidos reflejan una media de edad de 11’08 años (DT 3’8) con una prevalencia ligeramente mayor en varones (52’2). La gran mayoría eran hijos de padres separados (60’9%) y no tenían hermanos (63%). El nivel escolar más predominante equivalía al nivel de Educación primaria (50%). Prácticamente la mitad de las derivaciones

provenían del pediatra (47'8%), seguidas por el Equipo Psicopedagógico de las Escuelas (28'3%) y los motivos de consulta más prevalente fueron los trastornos de ansiedad (28'3%) y los trastornos de conducta (23'9%).

Conclusiones: Debemos tener presente que los trastornos mentales afectan con una alta prevalencia a los menores de edad siendo necesario el desarrollo e implantación de intervenciones efectivas para la prevención y tratamiento de los mismos.

53. ¿ES ENFERMEDAD MENTAL TODA LA POBLACIÓN ATENDIDA EN LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENILES? LOS TRASTORNOS FUNCIONALES: UN NUEVO PARADIGMA DE ENTENDER Y ABORDAR LA CASUÍSTICA ATENDIDA

Puntí Vidal J.; Torralbas Ortega J.; Gracia Liso R.; Llorens M.; Montalvo I.; Pàmias Massana M. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, España

Introducción: Un 24,9% de los adolescentes de menos de 16 años abandonan la escolaridad obligatoria antes de su finalización (INE, 2012). El abandono escolar precoz es un factor de riesgo a medio y largo plazo de exclusión social. Estos adolescentes a menudo son derivados a los centros de salud mental infanto-juveniles para su valoración y tratamiento. De éstos, una parte quedarán en el cajón desastre de los pacientes “sin diagnóstico”, que aquí agruparemos bajo la categoría de pacientes con “trastornos funcionales”, adolescentes con un nivel de funcionamiento adaptativo muy por debajo de lo esperado a partir de sus capacidades objetivas y de su estado de salud mental. Es objetivo de este trabajo presentar las características de este grupo de pacientes, así como una propuesta de intervención eficaz y no iatrogénica.

Método: Se evalúan 247 pacientes atendidos en el Hospital de Día de Salud Mental Parc Taulí, de edades entre 12 y 18 años, entre 1-1-2012 y 31-12-2013.

Las variables estudiadas son: motivo de derivación al Hospital de Día, sexo, edad y diagnóstico clínico final, según criterios diagnósticos DSM-IV-TR, a partir de la entrevista realizada. También se estudia la variable éxito de la intervención, definida como reintroducción escolar conseguida.

Resultados:

- De los 247 pacientes:
 - Un total de 64 -26% de la muestra- tienen como motivo de derivación absentismo/rechazo escolar por un período de tiempo superior a 1 mes.
 - Un 53% son varones..
 - Un 74% tienen una edad entre 12 y 15 años.
- Los diagnósticos se distribuyen en este grupo de pacientes del siguiente modo:
 - Un 30% reciben el diagnóstico de trastorno de conducta o TND.
 - Un 16% de trastorno del espectro autista.
 - Un 12% de trastorno depresivo.
 - Un 7% de trastorno de ansiedad y otro 7% de trastorno psicótico.
 - Un 28% no se ajustarían a ningún diagnóstico, siendo agrupados bajo la categoría “trastornos funcionales”.
- La reintroducción escolar se consiguió en 10 de 18 pacientes con “trastornos funcionales”.

Conclusiones:

- El absentismo/rechazo escolar en 1 de cada 3 pacientes es una variante conductual en ausencia de enfermedad mental.
- Es necesaria una intervención que priorice la funcionalidad en este tipo de pacientes, así como la coordinación con la red social, escolar, comunitaria y establecer un plan de acción consensuado.
- Las habilidades terapéuticas más que las técnicas permiten obtener tasas de éxito moderadas (ligeramente superiores al 50%).

54. ANALISIS DE LA SINTOMATOLOGIA QUE MOTIVA LAS DERIVACIONES DE MENORES A LA RED DE SALUD MENTAL

*Trujillo López V.1; Diago Labrador C.2; Álvarez Montoya A. M.2
Hospital Punta Europa Pir-4¹; Clinica Privada Psiquiatria², Algeciras, España*

Introducción: Durante la primera infancia, hasta los 6 años de edad, el trastorno mental grave (TMG), está relacionado con la aparición de trastornos del desarrollo, trastornos de la vinculación y comunicación, rasgos psicóticos, trastornos del habla y del lenguaje

y trastornos funcionales.

En la segunda infancia, el TMG suele expresarse como trastornos del comportamiento, cajón de sastre que oculta una variedad de problemática, muchas veces difíciles, de determinar, dado que la estructura de la personalidad no está bien definida.

En la adolescencia, tendremos en cuenta características propias de la sociedad, que propician síntomas relacionados con carencias en la capacidad de reflexionar sobre los sentimientos y las emociones que despiertan las situaciones de estrés.

Objetivos: Realizar descripción de motivos de consulta que motivan atención en USMIJ (Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil)

Método: Estudio epidemiológico descriptivo de carácter retrospectivo. Se emplean las 4000 primeras historias recogidas en USMIJ a través de historia en papel, Diraya y Sisma.

Resultados: El motivo de consulta más frecuente de los 4000 primeros pacientes atendidos en USMIJ fueron los TRASTORNOS DE CONDUCTA (28.22%), seguido de la AGRESIVIDAD (10.43%) y SÍNTOMAS DEPRESIVOS (8.58%).

Conclusiones: La conducta en el niño es un modo de expresión del malestar de cualquier índole, lo que podría justificar la gran prevalencia de los trastornos de conducta en los pacientes objetos del estudio. Durante los primeros años de asistencia en USMIJ (1990), el diagnóstico de TDAH no se realizaba, por lo que concluimos que muchos de los Trastornos de Conducta se englobarían hoy en día como TDAH.

55. ANALISIS SOCIODEMOGRAFICO DE PACIENTES MENORES EN SALUD MENTAL

Diago Labrador C.1; Trujillo López V.2; Ruano Hernández T.3

Clinica Privada Psiquiatria¹; Hospital Punta Europa Pir-4²; Clinica Privada Psicología³, Algeciras, España

Introducción: La denominación de trastorno mental grave, engloba una serie de patologías que pueden aparecer en la infancia o en la adolescencia y que, por su gravedad, comprometen seriamente la evolución, el

aprendizaje, el desarrollo personal y la inserción social y laboral de aquellos niños o adolescentes que lo padecen.

Objetivos: Describir las características socio-demográficas de los niños atendidos en USMIJ Algeciras, desde el inicio de la asistencia sanitaria en la misma, 1990.

Método: Estudio epidemiológico, descriptivo, de carácter retrospectivo realizado a partir del análisis de las 4000 primeras historias atendidas en USMIJ Algeciras.

Se utilizará para el estudio las historias clínicas de papel e informatizadas a través de los programas SISMA y Diraya.

Resultados: De las historias revisadas obtuvimos una relación de 40/60 mujeres/hombres, siendo levemente superior el número de niños varones que consultaron en la USMIJ. La edad media de consulta en la misma fue de 11.04 años.

Analizados los antecedentes familiares, obtenemos como resultado que un 42% de los menores atendidos presentaba antecedentes familiares de patología psiquiátrica/psicológica en alguno de sus familiares de primer grado. De estos familiares el diagnóstico más frecuente fue el de Trastornos Ansioso-Depresivos (65%), seguido de Consumo de Tóxicos (13%), Trastornos Psicóticos (7%) y Trastornos de Personalidad (6%).

Conclusiones: En suma, concluimos que es levemente superior el número de varones respecto a niñas que consultan en USMIJ (40%/60%). La segunda infancia es la media de edad de consulta. No hallamos diferencias notables en cuanto a la existencia de Antecedentes Familiares Psiquiátricos (42%/58%).

56. QUÉ DIFERENCIAS EXISTEN ENTRE LOS DIAGNÓSTICOS EN LA EDAD INFANTIL Y LA EDAD ADULTA

Trujillo López V.1; Ruano Hernández T.2; Diago Labrador C.3

Hospital Punta Europa Pir-4¹; Clinica Privada Psicología²; Clinica Privada Psiquiatria³, Algeciras, España

Introducción: A diferencia del Trastorno Mental Severo en el adulto, que implica un criterio de

cronicidad, el TMG de inicio infantil o adolescente abre la posibilidad del tratamiento precoz mediante el cual se puede evitar, en muchos casos, la cronicación de la patología. Además de proporcionar al paciente y la familia algunos elementos distintos para hacer frente a la compleja problemática que se les plantea.

Objetivos: Describir la evolución de los diagnósticos de los pacientes que inician su tratamiento en USMIJ (Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil) Algeciras y continúan en la edad adulta en las USMC (Unidad de Salud Mental Comunitaria).

Método: Estudio epidemiológico, descriptivo, de carácter retrospectivo realizado a partir del análisis de las 4000 primeras historias atendidas en USMIJ Algeciras.

Se utilizará para el estudio las historias clínicas de papel e informatizadas a través de los programas SISMA y Diraya.

Resultados: Del total de 4000 historias revisadas de pacientes atendidos en USMIJ, 163 (4%) de ellas seguían en tratamiento en los dispositivos de adultos.

En los diagnósticos infantiles recogemos; F20 (4.3%), F30 (2.5%), F40 (4.9%), F50 (6.13%), F60 (2.45%), F70 (5.5%), F80 (8.58%) y F90 (75.14%).

En los diagnósticos de la edad adulta detallamos; F10 (8.59%), F20 (14.72%), F30 (5.52%), F40 (40.49%), F50 (3.06%), F60 (22.70%), F70 (10.4%), F80 (6.13%), F90 (2.45%).

Conclusiones: El porcentaje de pacientes atendidos en USMI-J en el periodo analizado, que necesitaron seguimiento en Salud Mental una vez cumplida la mayoría de edad, es bajo (4%).

Planteamos como hipótesis explicativa el que: la mayoría de los trastornos atendidos en USMI-J son propios de la infancia, se realizó un abordaje efectivo a nivel individual y familiar y el trabajo preventivo de patologías que evolucionen o cronifiquen en la edad adulta.

57. LA CONVIVENCIA ESCOLAR POSITIVA PLANIFICADA: EL CONTEXTO IDÓNEO PARA UN DESARROLLO MENTAL SALUDABLE

*Cristobal Fraile J. M.; Muga F.
Berritzegune Nagusia, Bilbao, España*

Referencias:

- Informe del Defensor del Pueblo sobre violencia Escolar presentado en el Parlamento Vasco el 29 de noviembre de 1999 (Defensor del Pueblo, 2000)
- El maltrato entre iguales en educación Primaria y ESO. Investigación 2012. ISEI-IVEI http://www.hezkuntza.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/dig_publicaciones_innovacion/es_conviven/adjuntos/600020c_Pub_ISEI_Maltrato_iguales_2012_c.pdf
- Guía de actuación en los centros educativos de la CAPV ante el acoso escolar. Editado por el Departamento de Educación, Política Lingüística y Cultura, 2015

Introducción: El antiguo fenómeno del maltrato entre iguales ha sido afortunadamente identificado en estos últimos años como un fenómeno de gran importancia, que afecta al 20-15% de la población escolar según se analice escolarización primaria o secundaria. Los primeros años se caracterizaron por la definición del maltrato, con un material sencillo pero clarificador del Defensor del Pueblo, y el establecimiento de detallados protocolos de actuación que se inician cuando es pertinente.

Progresivamente, la respuesta deseada está complementariamente siendo proactiva, preventiva, consecuencia de considerar de la importancia de la convivencia, tanto para el bienestar de todos los miembros de la comunidad educativa, como para el desarrollo personal y social y en el rendimiento académico del alumnado.

Métodos: Los planes educativos del Departamento de Educación, Política Lingüística y Cultura del País Vasco contemplan la escolarización de todo el alumnado y dotan a la comunidad educativa, concertada y pública

de sistemas de apoyo, estableciendo que los centros cuenten con profesorado de consulta y orientación y haya profesionales de apoyo externo a los centros (Berritzegunes zonales). Los centros han de contar con un Plan de Convivencia Anual, que debe generar un clima de convivencia positiva en el que todos los miembros de la comunidad escolar se sientan partícipes y pertenecientes. La presentación ilustrará tanto los últimos datos de maltrato entre iguales por tipología y fase educativa; como el diseño y realización de Planes de Convivencia, resaltando la importancia que el alumnado, desde su infancia, asuma los límites, y sea capaz de gestionar sus conflictos y frustraciones, promoviendo el desarrollo de competencias socioemocionales como la base de la convivencia positiva y, en última instancia, de la salud mental del alumnado del País Vasco.

Resultados: La creciente aplicación de Planes de Convivencia se configura como una herramienta muy útil no solo para prevenir situaciones de maltrato entre iguales, sino como una intervención facilitadora de la salud mental en la infancia y juventud, y una mejora de nuestra sociedad.

58.PROPUUESTADEGRUPOMULTIFAMILIAR EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DEL DISTRITO DE CIUTAT VELLA - BARCELONA

Gonzalez Ruano E.1; Vilar Garces A.1; Ribas Muñoz N.2; Marron Cordon M.3; Gomez Simon I.1; Pujals Altes E.1

Csmij De Ciutat Vella - Centro De Salud Mental Infanto Juvenil - Inad - Parc De Salut Mar¹; Cas Forum Barcelona - Inad - Parc De Salut Mar²; Csmij De Sant Martí Nord - Centro De Salud Mental Infanto Juvenil - Inad - Parc De Salut Mar³, Barcelona, España

Introducción: Poder pensar en crear un espacio terapéutico que pueda abarcar a las familias en sí mismas ya es todo un trabajo, como el imaginario va construyendo la idea de diseñar un proyecto que facilite la comunicación y la interacción familiar en el ámbito de la salud mental infanto-juvenil; poder entender lo que está sucediendo, escuchar al otro, a uno mismo, a los

padres, hermanos, familiares o amigos o desconocidos que empatizan y viven situaciones similares disminuye la incertidumbre de lo que está sucediendo y permite compartir i entender los miedos que supone padecer y sufrir una enfermedad mental.

Método: Crear un espacio- ambiente, donde poder pensar los conflictos que a las familias en esta etapa de la vida, les impide adaptarse a esos momentos y necesidades de la adolescencia.

El GMF es un espacio donde se concentran casi todos los fenómenos que intervienen e influyen en los procesos de maduración de las familias. Es el lugar donde se amplía el campo relacional.

Estas dinámicas posibilitaran un amplio campo psicológico y social, donde poder pensar juntos - “El aquí y el ahora”.

Lo importante del lugar pedagógico que ocupa el espacio del GMF, es un lugar donde el aprendizaje se realiza a través de lo emocional.

Donde los acontecimientos emocionales vividos en el grupo van a ser más fáciles de traducir por parte de los participantes, aunque muchas veces los últimos en enterarse sean los propios protagonistas, tendrán que esperar a presenciar conflictos parecidos en otras familias para poder conectar con los suyos.

Los hijos empiezan a descubrir a los padres como personas, no solamente como padres, y normalmente padres con problemas y los padres lo mismo. Como consecuencia del proceso, los hijos se ven más capacitados para expresarse y sentirse distintos pudiendo autoliderar su propio proceso, al igual que los padres.

Conclusión: El espacio MF ofrece un contexto de sinceridad y autenticidad fundamental para cualquier proceso, donde uno se pueda expresar libremente sin tener que dirigir la temática u objetivo del discurso.

El beneficio global del GMF es la mejora de la situación emocional de los miembros de la familia y de los adolescentes, pudiendo ver a los padres desde otro prisma, otra opinión desde una perspectiva más amplia y menos intoxicada que en el contexto familiar.

Los padres por otro lado, pueden descriminalizar y desculpabilizar a los chicos pudiendo romper el discurso dramático de las situaciones de conflicto.

59. EVALUACIÓN CUALITATIVA DE LA EFICACIA DE UN GRUPO PSICOEDUCATIVO DE PADRES DE NIÑOS CON TEMPERAMENTO ANSIOSO

Camprodon Rosanas E., Estrada Prat X., Batlle Vila S., Sorli de Oraa R., Martín López L.M., Pérez Sola V. CSMIJ Sant Martí i La Mina. Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD). Parc de Salut Mar. Hospital del Mar, Barcelona, España

Es conocida la relación entre el comportamiento parental y la ansiedad en niños sugiriendo que los padres de niños con ansiedad tienden a comportarse de tal manera que su hijo responda de manera ansiosa. Diversos estudios han demostrado que enseñar estrategias parentales apropiadas ha demostrado reducir y prevenir la ansiedad cuando los niños son sometidos a otros factores de riesgo.

El objetivo de este estudio es realizar un análisis cualitativo de la eficacia de un grupo psicoeducativo de Padres de niños con Temperamento Ansioso. Participantes: n =16 padres de niños con temperamento ansioso. Provenientes del ABS de Vila Olímpica (Barcelona) de edades entre 5-13 años. 62.5% (n= 10) son niñas. Instrumentos: Material Psicoeducativo sobre ansiedad. Cuestionario ad hoc sobre conocimiento ansiedad y de satisfacción. Procedimiento: se realiza una sesión psicoeducativa en el ABS. Se administra cuestionario antes y después de la sesión. Existen diferencias entre el concepto de ansiedad previo a la sesión respecto al post. En el primero mayoritariamente responden a conceptos de ansiedad patológica, mientras que el segundo responden más a definiciones de ansiedad normal. El 95% de los asistentes son capaces de describir correctamente 3 estrategias de afrontamientos (en el post-test). El 100% de los asistentes recomendarían este taller y consideran que les ha sido útil. Las valoraciones de satisfacción (0-10) van del 7-10. Lo más valorado: técnicas de relajación, los ejemplos, pautas, la presentación. Considerado a mejorar: más tiempo y más ejemplos. Podemos concluir que los grupos psicoeducativos resultan útiles en ayudar a los padres en: 1. Poder diferenciar la respuesta de ansiedad patológica de la normal. 2. Mejora el conocimiento de pautas psicoeducativas para el manejo de la ansiedad.

60. EVALUACIÓN DEL EFECTO DE UN SISTEMA PILOTO DE COLABORACIÓN EN SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL 'PROGRAMA API' (2012-2015), A TRAVÉS DE LA OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

Garcés Quevedo C.1; Ortega Maldonado B.2; Alberto Dueñas L.2; Parada H.3

Child And Adolescent Psychiatrist, Hospital Gustavo Fricke, Viña Del Mar, Chile¹; Child And Adolescent Psychiatrist, Hospital Psiquiátrico Del Salvador, Valparaíso, Chile²; John L. Gildner Regional Institute For Children And Adolescents, Rockville, Washington DC, USA³

Introducción: El PROGRAMA API (Apoyo Psiquiatría Infantil) es un sistema piloto colaborativo multimodal de salud mental infanto juvenil, de apoyo entre los profesionales de salud mental de nivel primario (PAP) y secundario a través de telepsiquiatría, inspirado y asesorado por el Programa colaborativo MCPAP ('Massachusetts Child Psychiatry Access Project'). La relación colaborativa a través de este programa se inició el 2012 hasta la fecha entre los Centros de salud familiar del Servicio de salud Valparaíso- San Antonio y los profesionales de la Unidad infanto-juvenil del Hospital Psiquiátrico del Salvador. Implementado a través de telepsiquiatría (consultas telefónicas y por mail a diario), complementado con evaluación conjunta de pacientes y capacitaciones mensuales. Se aplicaron 3 escalas centradas en conocer la opinión de los PAP sobre los potenciales efectos de este programa.

Objetivos: Conocer la opinión de los Profesionales de Atención Primaria respecto a la utilidad del programa colaborativo API

Metodología: Estudio longitudinal, prospectivo, cuasi experimental a través de encuestas API MCPAP aplicadas previa y posteriormente a la intervención Programa API. Estas encuestas fueron adaptadas transculturalmente previo a la intervención, a partir de las encuestas MCPAP, facilitadas por el Programa colaborativo 'MCPAP: Massachusetts Child Psychiatry Access Project'.

Resultados: Después del programa API, hubo una mejoría estadísticamente significativa de la opinión de los PAP en todos los ítem explorados, siendo éstos el acceso a psiquiatría infantil, la capacidad de satisfacer necesidades y recepción de respuesta oportuna a sus dudas por parte de un especialista. Más de un 50% de los PAP encuestados realizaron una valoración negativa inicial de los ítem mencionados, pero después de iniciar el Programa API más de un 70% valoró positivamente el acceso y percepción de resolutiveidad. Un 73% manifestó sentirse cómodo diagnosticando y tratando a pacientes psiquiátricos infanto juveniles en atención primaria, atribuido a este Programa colaborativo.

Conclusiones: El Programa API ha demostrado ser un recurso innovador y útil para los PAP. Mejoró significativamente su opinión sobre el acceso, respuesta oportuna y capacidad resolutive en salud mental infanto-juvenil. Para evaluar esto se adaptaron instrumentos como las encuestas API MCPAP, que podrían ser utilizados continuamente en la implementación de un programa colaborativo. Recoger las inquietudes de los equipos de PAP podría permitir crear estrategias de colaboración más idóneas incorporando otros elementos de la telepsiquiatría, para de esta forma optimizar la comunicación, con el objetivo último de ofrecer una mejor calidad y continuidad en la atención del paciente.

61. PARENTAL EATING-DISORDER PSYCHOPATHOLOGY: ASSOCIATIONS WITH CHILDREN'S EATING-DISORDER BEHAVIORS

Grilo C.; Lydecker J.

Yale University School of Medicine, New Haven, CT, USA

Introduction: A limited literature suggests an association between maternal eating disorders and child feeding difficulties, and notes maternal concern about inadvertently transmitting eating disorders. Less is known regarding paternal eating disorders and associations with child's behaviors. Parents may be an important target for eating-disorder research to inform the development of prevention and intervention programs.

Methods: The current study examined differences in child eating-disorder behaviors and parental feeding practices between a sample of parents (42 fathers, 130 mothers) exhibiting core features of anorexia, bulimia, binge-eating disorder, or purging disorder, and a matched sample of parents (n=172) reporting no eating-disorder characteristics.

Results: Parents with eating-disorder psychopathology were significantly more likely than parents without eating-disorder characteristics to report child binge-eating, secretive eating, and compulsive exercise. Parents with eating-disorder psychopathology reported greater perceived feeding responsibility, greater concern about their child's weight, and more monitoring of their child's eating than parents without eating-disorder characteristics; however, they did not differ significantly in restriction of their child's diet and pressure to eat. Child body mass index z-scores did not differ between parents with versus without eating-disorder characteristics.

Conclusions: Our findings suggest some important differences between parents with and without core eating-disorder psychopathology, which could augment clinical interventions for patients with eating disorders who are parents, or could guide pediatric eating-disorder prevention efforts. However, since our study was cross-sectional, findings could indicate increased awareness of or sensitivity to eating-disorder behaviors rather than a psychosocial cause of those behaviors. Longitudinal research and controlled trials examining prevention and intervention can clarify and address these clinical concerns.

62. PREVALENCIA, FACTORES DE RIESGO Y MANEJO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES CON DIABETES TIPO 1

Cecilia Costa R.1; Curet Santisteban M.2; Carulla Roig M.3; Cañas L.1; Serrano Troncoso E.1; Dolz Abadia M.1 Hospital Sant Joan De Deu¹; Hopital Sant Joan De Deu²; Hopsital Sant Joan De Deu³, Barcelona, España

Introducción: Los pacientes con diabetes mellitus

(DM) tipo 1 tienen una mayor prevalencia (7% versus 2,8%) de trastornos de conducta alimentaria (TCA) que la población general (Orlit H, 2015). Contribuyen a este aumento aspectos como la necesidad de control de la dieta, el aumento de peso relacionado con la terapia con insulina, la alteración de la regulación hambre-saciedad y la carga psicológica relacionada con la enfermedad (Peterson CM, 2015).

Material y métodos: Realizamos una revisión bibliográfica usando pubmed y como palabras clave eating disorders, disturbed eating behavior, insulin restriction y diabetes, teniendo en cuenta los artículos publicados en los últimos 5 años.

Resultados: La prevalencia de la conducta alimentaria anómala en adolescentes con DM tipo 1 es de 37,9% en chicas y 15,9% en chicos. De un 12 a un 58% de chicas con DM tipo 1 comen en exceso y un 37% omite o restringe insulina para controlar el peso.

Los factores de riesgo DM tipo 1 para desarrollar un TCA son: ser chica (3,8% vs 1,5%), debutar entre los 7-18 años, baja autoestima y/o insatisfacción corporal, índice de masa corporal aumentado, presentar clínica depresiva, la ausencia de estructura familiar en las comidas y/o importante preocupación familiar por el peso.

Existen pocos estudios sobre el tratamiento específico de los TCA en pacientes con DM tipo 1, pero se ha visto que los programas psicoeducativos en chicas con DM tipo 1 mejoran las alteraciones en la conducta alimentaria y la insatisfacción corporal. La terapia cognitivo conductual (TCC) también podría ser eficaz para el manejo de la omisión de insulina. Un estudio de chicas con DM tipo 1 y bulimia demuestra que la hospitalización reduce la frecuencia de los atracones y las conductas purgativas.

Conclusión: El comportamiento alimentario anómalo es más frecuente en pacientes con DM tipo 1. Estos pacientes tienen una mayor predisposición a presentar un TCA, sobre todo si el debut de la DM es durante la pre y/o adolescencia. Existen pocos estudios sobre el manejo de estos pacientes pero se ha visto que la psicoeducación y la TCC pueden ser eficaces.

63. TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE EVITACIÓN/RESTRICCIÓN DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS MEDIANTE DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA: ESTUDIO DE UN CASO

Cañas L.1; Serrano E.2; Palma C.1; Carulla M.2; Molano A.2; Dolz M.2
Universidad Ramón Llull¹; Hospital Sant Joan De Déu², Barcelona, España

Introducción: El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) incluye el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos [Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID)]. Este tipo de paciente puede presentar conductas alimentarias restrictivas y selectivas, pérdida de peso significativa, dependencia de la alimentación por sonda o de suplementos nutricionales orales e interferencias en el funcionamiento psicosocial. La desensibilización sistemática (DS) es una técnica cognitivo conductual que tiene como objetivo reducir las respuestas de ansiedad y las conductas motoras de evitación que presentan los sujetos ante determinados estímulos. Consiste en desarrollar técnicas de relajación para exponer a los pacientes a una jerarquía de estímulos aversivos con el objetivo de generalizar una respuesta a diferentes situaciones.

Objetivos: Describir el tratamiento para sujetos diagnosticados de ARFID que se lleva a cabo en la unidad de trastornos de la conducta alimentaria de un hospital general pediátrico de Barcelona mediante un estudio de caso. En segundo lugar, evaluar la presencia de sintomatología ansiosa y miedos al inicio del tratamiento y a los seis meses de la primera evaluación.

Método: Estudio de caso de un paciente de 12 años y 3 meses de edad diagnosticado de ARFID que inicia tratamiento en julio de 2015 en consultas externas (CCEE) hasta la actualidad. Refiere miedo a la deglución desde el verano de 2015 y presenta conductas restrictivas y selectivas con repercusión ponderal de 3kg desde el inicio de la enfermedad (peso primera visita 29 Kg). La familia

explica dificultades de alimentación desde la infancia y elevada presencia de miedos. Se inicia tratamiento mediante DS realizando jerarquía de estímulos, relajación muscular, exposición y generalización. Se administran los cuestionarios Fear Survey Schedule for Children-Revised (FSSC-R) y el State-Trait Anxiety Inventory for Children's (STAIC).

Resultados: Desde el inicio el paciente presentó buena adaptación al tratamiento. En la actualidad la evolución es positiva. Refiere disminución del miedo a deglutir y de la sintomatología ansiosa. Ha iniciado generalización de algunos alimentos en el domicilio y progresivamente ha recuperado peso (último peso CCEE 31.8Kg). Mantiene elevada presencia de miedos. Conclusiones: La DS ha demostrado su eficacia con este paciente. Estos resultados apoyarían la validez de este tratamiento para pacientes con ARFID. En la actualidad son escasas las investigaciones sobre el ARFID y es necesario seguir desarrollando estudios de diferentes tipologías que ofrezcan resultados generalizables con el objetivo de desarrollar intervenciones más efectivas y adaptadas a este tipo de pacientes.

64. COMORBILIDAD ENTRE EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC) Y LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE FACTORES ETIOLÓGICOS, EPIDEMIOLÓGICOS Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

*Carulla-Roig M.; Serrano E.; Cañas L.; Curet M.; Cecilia R.; Dolz M.
Hospital Sant Joan De Deu, Barcelona, España*

Introducción: La comorbilidad entre el TOC y los TCA ha sido ampliamente estudiada, pero la mayoría de estudios son retrospectivos y proceden de muestras clínicas de población adulta, a pesar de que estos trastornos suelen debutar en la infancia y/o adolescencia (IA). La prevalencia de TOC en el TCA es del 10-40% para AN y del 0-40% para BN. En población infantil la comorbilidad es del 0-13% y se asocia más a TDAH o

tics que a TCA.

Métodos: Revisión de los artículos publicados sobre la comorbilidad TOC-TCA en las bases de datos Pubmed y Psycinfo. Palabras clave: “obsessive compulsive disorder”, “children adolescents”, “eating disorders”, “anorexia nervosa”, “bulimia nervosa”. Se identifican 97 artículos. Se seleccionan los basados en la IA y en datos epidemiológicos o neurobiológicos adecuados a nuestros objetivos. Se revisan un total de 14 artículos.

Resultados: Estudios epidemiológicos: El riesgo poblacional de recibir un diagnóstico de TOC después de un diagnóstico inicial de AN es superior (RR=9,6) al riesgo de recibir el diagnóstico de AN después de padecer un TOC (RR=3,6). Correlatos neurobiológicos: los circuitos frontoestriales (córtex orbitofrontal y núcleo caudado) se han asociado a la conducta compulsiva. Ambas enfermedades comparten circuitos serotoninérgicos y polimorfismos genéticos comunes. Características clínicas: el TCANE y la AN en el TOC infantil son el subtipo más frecuente, pero también está descrito en la BN y el trastorno por atracón. Se asocia a sexo femenino, carga familiar de TCA, rasgos de personalidad obsesivos y perfeccionismo, descontrol alimentario y a obsesiones-compulsiones relacionadas con la comida previa. Las obsesiones de contaminación, agresivas y somáticas; compulsiones de orden-simetría y comprobaciones son las más frecuentes. La presencia de un subtipo de compulsión no predice la aparición del TCA. El ejercicio compensatorio es indicador de mayor obsesividad. Tratamiento: requiere un abordaje nutricional junto con TCC y/o TF asociada a la exposición de alimentos autoprobibidos (EPR).

Conclusiones: La presencia de un TOC en la infancia podría ser un mediador del efecto que sumado a otros factores de riesgo como el género, podrían dar lugar en sujetos vulnerables a un TCA. La relación inversa también está descrita, pero son necesarios más estudios longitudinales clínicos y poblacionales con criterios DSM-5 en la IA que puedan reportar esta comorbilidad. Los clínicos deberían detectar signos de alarma asociados a padecer TOC y/o TCA que permitan establecer protocolos de actuación, estrategias preventivas y tratamientos de inicio precoz.

65. HOSPITALIZED ADOLESCENTS WITH EATING DISORDER AND SELF-HARMS

Martínez-Núñez B.1; Gutiérrez-Priego S.2; Andrés-Nestares P.2; Graell-Berna M.3

Hospital Central De La Defensa Gomez Ulla¹; Hospital Infantil Universitario Niño Jesus²; Hospital Infantil Universitario Niño Jesús³, Madrid, España

Background: In patients with eating disorder (ED) it is common to find self-harm. One of the explanatory hypothesis suggests that it is an attempt to "replace" an internal pain by an external, visible, and objectified pain that is susceptible of being controlled at will (even when it becomes uncontrollable). Thus, the symptom plays a role of relieving tension and internal suffering.

Objectives: To describe the characteristics of patients admitted in a psychiatric unit after being diagnosed with eating disorders and self-harm.

Methodology: Retrospective descriptive study including all patients admitted to Psychiatry from January 2014 to May 2015 (16 months), diagnosed with eating disorders and self-injurious behavior (66 subjects).

Results: 95.45 % women and 4.55% men (age average, 14.8 years) . 42.42 % had as main diagnosis Bulimia Nervosa, 38.45% Anorexia Nervosa and 22.73% Eating Disorder Not Otherwise Specified.

56.1 % were admitted from the emergency room. Among the admitted patients, 80.56 % scored above the cut-off for depressive symptoms on the CDI (Children's Depression Inventory).

About half of patients (45.5 %) admitted having looked at social networks, blogs or websites related to the defense of anorexia and bulimia as well as "cutting", and they had even shared images of their own self-harm through Internet.

Conclusions: Self-harm were more frequent in those patients diagnosed with Bulimia Nervosa. Most of the patients exceeded the CDI cut-off for depressive syndrome (average: 28.65 points) . It is common for adolescents to make use of social networks and Internet to share information and promote their self-injury,

so that it is important that prevention programs and psychoeducation keep in mind this sort of platforms.

66. FAMILIES AT THE TABLE – THE IMPACT OF EATING DISORDERS IN FAMILY DYNAMICS

Araújo C.; Ferreira J.; Gonçalves R.; Pinho C.
Hospital Pediatrico - Centro Hospitalar E Universitario De Coimbra, Portugal

Introduction: Eating disorders (ED) are a psychiatric disorders associated with profound morbidity and dramatically elevated mortality rates. Having a child in crisis with an eating disorder impacts the entire family as well as the child. The family's emotional involvement, as well as such changes in routine involving therapeutic interventions, cause disruption to normal patterns and to family relationships. The aim of this work is to investigate the impact of adolescent ED in some family dimensions, such as cohesion and adaptation.

Methods: Participants were a convenience sample of 37 Portuguese adolescents with a diagnose of ED and their families with ages between 9 and 18 years old (M =14;05 SD=2.309). To evaluate the constructs in study the participants completed the Portuguese version of "Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale" (FACES III) (Olson, Portner, & Lavee, 1985). FACES III is designed to measure Family Cohesion (degree to which family members are separated from or connected to their family); Family Adaptability (extent to which the family system is flexible and able to change); and Family Type/Functioning (extreme, mid-range, moderately balanced, balanced).

Results: The findings indicated a positive association between cohesion and family adaptability constructs, without significant differences related with gender and age. In adaptability measures, the majority of families (43%) showed a structured pattern, with only 27% revealing an extreme pattern of rigidity. With regard to cohesion, almost the totality of families was found to have extreme low levels, showed a disengaged pattern. Nevertheless, in the global analysis we can conclude that the majority of families (57%) reveal a moderately balanced functioning.

Conclusion: The majority of families with a child suffering from ED are functioning at a “disengaged structured” pattern. Despite the low levels of cohesion, results suggest that the majority of families have normal levels of adaptability. However, these values advise for the need of family approaches to reduce family stress and promote healthy relationship patterns among family members.

67. TRASTORNO POR RUMIACIÓN ASOCIADO A ANOREXIA NERVIOSA PURGATIVA. A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Valdez Amaral S. Y.; Carulla-roig M.; Serrano E.; Sánchez B.; Rodríguez M.; Dolz M.
Fundació Hospital Sant Joan De Déu, Barcelona, España

Introducción: Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) se conoce como rumiación (RD) al trastorno alimentario que consiste en la regurgitación repetida de alimentos que pueden volverse a masticar, tragar o escupir, durante mínimo un mes sin que sea atribuible a otra afección médica. Dicha conducta alimentaria es habitual en lactantes sanos y su persistencia en la infancia y adolescencia suele asociarse a discapacidad intelectual. Sin embargo, el comportamiento de la rumia también ha sido documentado entre los individuos con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) como Bulimia Nerviosa (BN) y, menos frecuente, con Anorexia Nerviosa (AN). La AN de tipo purgativa es definida por el DSM-5 como la restricción de la ingesta energética, peso inferior al mínimo normal, miedo a ganar peso, dismorfofobia, y presencia durante los últimos tres meses de episodios recurrentes de atracones o purgas.

Métodos: Adolescente femenina de 15 años de edad con historia de múltiples ingresos por trastorno de la conducta alimentaria(TCA) desde los 13 años, que es derivada al servicio de pediatría por presentar conductas purgativas, lipotimias, irregularidad menstrual y pérdida de peso de 11kg en 3 meses. Se le realiza analítica de ingreso que reporta hipopotasemia de 2.30mmol/L y electrocardiograma (EKG) con ondas T picudas. Fue ingresada en Psiquiatría en unidad de agudos con

diagnóstico de Anorexia Nerviosa Purgativa. Tras un mes de tratamiento y a pesar de alcanzar su peso objetivo, no se mantiene en el tiempo y se añade trastorno por rumiación que complica su evolución, requiriendo incorporación de sonda nasogástrica y monitorización analítica. Es valorada por Gastroenterología.

Se aplican las siguientes escalas de evaluación de psicopatología (depresión, ansiedad y sintomatología TCA): Inventario de Depresión de Beck (BDI-II); Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI); Cuestionario de Actitudes Alimentarias (EAT-40); Cuestionario de Etapas de Cambio en la Anorexia Nerviosa (ANSOCQ); Cuestionario de Actitudes hacia el Cuerpo (BAT).

Debido a su evolución tórpida, se decide su traslado a unidad de subagudos.

Resultados:

- Gastroenterología descarta alteraciones que motiven este comportamiento, con tránsito esofagogástrico normal.
- Los resultados de las evaluaciones reportan:

BDI-II concluye posible negación de la depresión o está fingiendo.

STAI la paciente presenta unas puntuaciones bajas no concluyentes de ansiedad.

Conclusiones: Los desafíos de diagnóstico que, conllevados por la necesidad de criterios claros para RD se pueden ver intervenidos por los pocos datos epidemiológicos, sugieren que en el futuro es necesaria más investigación consistente de estos comportamientos independientes o vinculados a otro co-mórbido como AN para ofrecer un abordaje integral más eficaz y eficiente.

68. ANÁLISIS DEL VÍNCULO FAMILIAR EN LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN EN ADOLESCENTES

González Gómez J.; Carral Fernández L.; Gil Camarero E.; Fernández Torre D.; Alonso Álvarez P.; Gómez Del Barrio A.
Hospital Universitario Marqués De Valdecilla, Santander, España

Introducción y objetivos: El vínculo parental se postula como uno de los factores implicados en la

etiopatogenia de los TCA. Para evaluar las actitudes de los padres se puede utilizar el parental bonding instrument (PBI) que consiste en un escala basada en la Teoría del Vínculo que evalúa la percepción del sujeto sobre las conductas y actitudes de sus cuidadores, estableciendo el tipo de vínculo con su familia durante la infancia y la adolescencia, periodo en el cual los TCA son mas prevalentes.

Métodos/Materiales: Se realiza un estudio de casos y controles. El grupo de pacientes incluye a 55 adolescentes de ambos sexos que acudieron de forma consecutiva a la unidad especializada del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, durante un periodo de dos años que cumplían criterios DSM de TCA. Cada paciente realizó una entrevista psiquiátrica, cuestionarios sociodemográficos y el cuestionario autoaplicado PBI. Empleando una metodología idéntica se seleccionó a 55 adolescentes de la población general que no presentaban enfermedad mental de la misma edad y sexo.

Resultados: La muestra de adolescentes se divide en 55 controles, 24 pacientes con sintomatología bulimia nerviosa y 31 con clínica de AN. Un 15% son varones. En el grupo de los pacientes ambos progenitores puntuaron significativamente más bajo en cuidados ($p=0,05$; $p=0,04$). No se encontraron diferencias significativas en sobreprotección. El tipo de vínculo resulta estadísticamente diferente ($p=0,02$), los pacientes presentan un vínculo débil o de control sin afecto. Mientras que en los controles es más habitual el vínculo óptimo.

Conclusión: En nuestro trabajo coincidimos con otros autores, que indican una mayor prevalencia de vínculo del tipo control sin afecto en las madres de los pacientes y de vínculo débil en los padres. Mientras que el grupo sin patología existe mayor porcentaje de vínculo óptimo.

Dado que una crianza caracterizada por escaso cariño y sobreprotección puede conllevar el desarrollo de patología alimentaria, parece imprescindible incluir a las familias en el tratamiento de estas enfermedades para controlar estos factores que además de propiciar el desarrollo pueden actuar como mantenedores de la enfermedad.

Bibliografía:

1. Parker, G., Tupling, H. y Brown, L.B. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*
2. Emanuelli, F., R. Ostuzzi, et al. (2003). "Family functioning in anorexia nervosa: British and Italian mothers' perceptions." *Eat Behav* 4(1): 27-39.
3. Tetley, A., N. G. Moghaddam, et al. (2014). "Parental bonding and eating disorders: a systematic review." *Eat Behav* 15(1): 49-59.

69. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y RIESGO DEL DESARROLLO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

*González Gómez J.; Carral Fernández L.; Gil Camarero E.; Aguado Antón R.; Madrazo Del Rio-Hortega I.; Gómez Del Barrio A.
Hospital Universitario Marqués De Valdecilla, Santander, España*

Introducción y objetivos: Las complicaciones obstétricas se han relacionado con una mayor vulnerabilidad al padecimiento de un TCA. Este hallazgo no es exclusivo de estas patologías y se ha descrito en otras enfermedades mentales. Este hallazgo se vincula a problemas en el neurodesarrollo, a la posible hipoxia en el feto, la existencia de un daño cerebral temprano o el déficit nutricional durante el embarazo o durante el periodo posnatal.

Métodos/Materiales: Se evaluaron 50 pacientes adolescentes de ambos sexos que acudieron de forma consecutiva a la unidad especializada del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, durante un periodo de dos años que cumplían criterios DSM-IV de TCA. Cada paciente realizó una entrevista psiquiátrica, cuestionarios sociodemográficos y la escala de problemas obstétricos de Lewis-Murray.

La muestra se controló mediante la selección de 50 controles poblacionales sin patología emparejados por sexo y edad utilizando una metodología idéntica.

Resultados: De los 100 sujetos evaluados un 86% eran mujeres de las cuales 29 presentaban síntomas

de anorexia nerviosa, 21 eran pacientes con clínica de bulimia nerviosa y 50 formaban el grupo de controles sanos.

No encontramos diferencias entre grupos en la edad de los progenitores, la lactancia materna o el peso del recién nacido. Sin embargo los pacientes presentaron de forma significativa mayor número de problemas obstétricos o perinatales que el grupo control ($p=0,00$) y dentro de ellos este hallazgo fue especialmente significativo en el perfil AN. En el análisis individual de las complicaciones presentadas se objetivó una tendencia a ser superior en todas ellas pero solo la cesárea complicada demostró diferencia significativa entre grupos ($p=0,03$).

Conclusión: Nuestro estudio replica lo encontrado en la mayoría de los trabajos previos en los que se objetiva una mayor tendencia a padecer cualquier clase de complicación obstétrica o perinatal asociada al desarrollo de los TCA especialmente a la AN.

Ya que los antecedentes de problemas obstétricos y perinatales pueden considerarse factores que aumentan la vulnerabilidad del sujeto a padecer estas enfermedades podrían utilizarse para identificar grupos de riesgo y llevar a cabo programas de prevención precoz.

Bibliografía:

Raevuori, A., M. S. Linna, et al. (2014). "Prenatal and perinatal factors in eating disorders: a descriptive review." *Int J Eat Disord* 47(7): 676-85.

Favaro, A., E. Tenconi, et al. (2006). "The interaction between perinatal factors and childhood abuse in the risk of developing anorexia nervosa." *Psychol Med* 40(4): 657-65.

70. REEXAMINING THE ROLE OF ELECTROCONVULSIVE THERAPY IN ANOREXIA NERVOSA IN ADOLESCENTS

Andersen L.; Larosa C.; Gih D.

University Of Michigan, Department Of Psychiatry, USA

Anorexia nervosa (AN) is a complex condition that often requires a multidisciplinary, collaborative approach. Psychiatric comorbidities, including mood disorders, are common in these patients. As such, treatment may incorporate a variety of modalities throughout the course of the AN. The typical recommendation for AN includes

nutritional rehabilitation and psychosocial interventions. However, there is limited guidance in the literature addressing depressed mood and suicidality in this population aside from continuation of AN treatment. It is known that antidepressants are largely ineffective when patients are at low body weight, but continued weight restoration may not be a timely strategy when severely depressed mood and suicidality complicate the treatment of AN. Electroconvulsive therapy (ECT) is one such treatment option that may be overlooked. We reviewed the literature and present a case of an adolescent patient with severe AN and comorbid major depressive disorder (MDD) that who relapsed following residential treatment. Her inpatient care was characterized by high levels of suicidality. In addition, the MDD appeared to predate the eating disorder following thorough evaluations. This patient failed multiple medication trials to decrease her eating disorder behaviors and depression. After a case conference and extensive discussions with her family and the patient, she received a course of bilateral ECT. While she was still inpatient, cooperation with treatment was significantly enhanced and she went on to experience near remission from both the symptoms of her AN and MDD. She was eventually discharged and her ECT frequency tapered down without further need for hospitalization. Physicians should consider ECT in cases of severe comorbid depression in adolescents with anorexia nervosa, particularly when there are significant safety concerns such as suicidality. It may offer patients a second chance to remain at a lower level of care as opposed to be sent to residential treatment or necessitate interventions such as a feeding tube or restraints. ECT may prove to be a faster, more effective treatment strategy for mood disorders and suicidality in the setting of co-morbid AN in adolescents.

71. EFFECTIVENESS OF EXTENDED-RELEASE GUANFACINE ON WORKING MEMORY IN CHILDREN WITH ATTENTION-DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER: AN OPEN-LABEL PILOT STUDY

*Schweickert L.; Leuenberger S.; Bazemore S.
3c Family Services, Cary, NC, USA*

Introduction: Working memory processes have been shown to be impaired in children with ADHD. Because

many cognitive functions depend on working memory (e.g., ability to benefit from classroom instruction, mathematical computations, reading comprehension, sequencing and planning, etc.), addressing working memory processes and deficits are of considerable benefit. This open-label, single-arm, pre-post pilot study investigated the effectiveness of guanfacine extended release (GXR) on working memory and cognitive functioning in 8- to 12-year-old children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD).

Methods: Eighteen children from a private outpatient clinic who met DSM-IV TR criteria for ADHD and were not currently benefitting from stimulant medication were enrolled in the study. Participants were administered daily doses of GXR, titrated by 1mg/week (maximum daily dose = 4mg) until either side effects limited continuation or a clinical response was met, and the effective dose was maintained for 6-8 weeks. Participant ADHD symptoms, working memory, and cognitive functioning were assessed at pre-treatment and post-treatment with the following: the ADHD Rating Scale-IV, the Verbal Working Memory and Symbolic Working Memory subtests of the Wide Range Assessment of Memory and Learning (WRAML-2), and the Stroop, Shifting Attention, and Continuous Performance tests from the Central Nervous System-Vital Signs (CNS-VS). Each WRAML-2 subtest yielded one score, while the three CNS-VS subtests generated six cognitive domain scores: Verbal Memory, Visual Memory, Executive Function, Reaction Time, Complex Attention, and Cognitive Flexibility.

Results: Overall ADHD symptoms improved by 34% from pre-treatment to post-treatment ($p < .001$). For the WRAML-2, statistically significant improvements were only observed in Verbal Working Memory ($p < .001$); although improvements in Symbolic Working Memory scores reached near significance ($p = .065$). For the CNS-VS, significant improvements were observed in Complex Attention ($p < .001$), Executive Function ($p < .01$), Cognitive Flexibility ($p < .01$), and Verbal Memory ($p < .05$). Results for the Visual Memory domain, however, yielded unexpected, but non-significant, results – with mean scores decreasing slightly from pre-treatment to post-treatment ($p = .329$); while Reaction Time scores remained virtually unchanged ($p = 1.00$).

Conclusion: GXR may be useful in improving certain aspects of working memory and cognitive functioning in children with ADHD; and, to the authors' knowledge, this study is the first to demonstrate benefits of a non-stimulant medication on working memory in this population. Given the study's findings, limitations, and potential clinical and academic implications, randomized controlled trials using larger, more diverse samples are warranted and of great significance.

72. ALTERED RESTING-STATE DLPFC FUNCTIONAL CONNECTIVITY IN YOUTH WITH ADHD

Kim J.1; Siegle G.2; Lee K. H.2; Hong S.3; Song I.3; Ryan N.2

Seoul National University College Of Medicine¹; University Of Pittsburgh²; Seoul National University³, Korea and USA

Introduction: Understanding the connectivity-behavior linkages in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) will help to explain individual differences in symptoms and behavioral features of the disorder. In this study, we examined altered resting-state dorsolateral prefrontal cortex (DLPFC) functional connectivity in youth with ADHD compared to healthy youth and its association with neurocognitive functioning.

Methods: We used resting-state functional MRI data collected from 77 ADHD participants and 26 controls to examine alterations in the DLPFC interactions with other brain regions at rest and to correlate DLPFC functional connectivity with omission errors and commission errors of the continuous performance test (CPT). The study protocol was approved by the institutional review board for human subjects at the Seoul National University Hospital. We selected the right and left DLPFC as our seed regions of interest (ROIs), specified using Analysis of Functional Neuroimaging (AFNI)'s Talairach atlas, defined as the lateral parts of bilateral middle frontal gyrus ($5 < z < 37$). Time-series in the seed DLPFC region was extracted for each individual. The DLPFC time-series was used as a regressor to obtain voxelwise functional connectivity between the DLPFC and the whole-brain for each participant (single-subject level). Voxelwise outliers over 1.5 interquartile range (IQR)

in each individual's functional connective map were Winsorized. We conducted voxelwise regression analyses using 3dRegAna in AFNI to examine whether diagnosis (presence or absence of ADHD) predicted connectivity with the DLPFC. Age, gender, and IQ were included as covariates. To correct for multiple comparisons, voxelwise tests at a given statistical significance threshold ($p < .005$) were subjected to empirically determined contiguity thresholds based on the spatial autocorrelation of statistical maps using AFNI's Alphasim program.

Results: The ADHD participants showed altered functional connectivity between the DLPFC and several different regions including prefrontal, parietal, and limbic areas relative to controls (right DLPFC connectivity: $p < .005$, 43 voxels contiguity; left DLPFC connectivity: $p < .005$, 44 voxels contiguity). We assessed whether the connectivities identified above were correlated with CPT scores in ADHD participants. There was a significant negative correlation between the right DLPFC-left insular cortex connectivity and CPT commission errors ($r = -0.30$, $p = 0.009$).

Conclusions: Our results suggest that abnormalities within a network comprising the DLPFC, parietal cortex, and insula may be responsible for altered mechanisms of cognitive control and attentional/sensory processing in ADHD. Our study also found robust association between DLPFC and insula connectivity and CPT impulsivity index, which may play a crucial role in understanding neurocognitive underpinnings of ADHD.

73. PREDICTORES DE DEPENDENCIA A NICOTINA 33 AÑOS DESPUÉS EN NIÑOS DIAGNOSTICADOS DE TDAH

García Murillo L.1; Ramos Olazagasti M.2; Castellanos F. X.3; G. Klein R.1
The Child Study Center At NYU Langone Medical Center1;
Department Of Psychiatry, Columbia University/new
York State Psychiatric Institute2; *The Child Study Center*
at NYU Langone Medical Center / Nathan Kline Institute
For Psychiatric Research, Orangeburg3, NY, USA

Introducción: La presencia durante la infancia de

un Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) ha sido asociada con una mayor prevalencia de dependencia a nicotina durante la edad adulta. Las características de estos niños diagnosticados de TDAH que predicen la presencia de dependencia a nicotina durante la edad adulta no han sido identificadas. Nuestro objetivo es identificar en un grupo de niños diagnosticados de TDAH predictores de dependencia a nicotina durante la edad adulta.

Métodos: Analizamos los datos del estudio longitudinal de la Universidad de Nueva York para generar hipótesis de estos posibles predictores. Este estudio, recogió entre los años 1970 y 1977 una muestra de 207 niños de clase media diagnosticados de TDAH cuando tenían unos 8 años de edad, volviendo a ser evaluados a las edades medias de 18, 25 y 41 años por clínicos ciegos a los datos pertenecientes a las evaluaciones previas.

Los posibles predictores de dependencia a nicotina fueron elegidos en base a la literatura de entre una extensa batería de medidas usadas en este grupo durante la infancia y la adolescencia de los participantes.

Resultados: De los 135 participantes evaluados a la edad media de 41 años (65% de la muestra original), 41 (30% de la muestra) cumplía criterios DSM-IV para dependencia a nicotina. La presencia de comportamiento inmaduro durante la infancia fue un factor protector estadísticamente significativo frente a la presencia de dependencia a nicotina durante la edad adulta ($OR = 0.29$, $p = 0.02$). Un mayor riesgo de presentar dependencia a la nicotina durante la edad adulta fue asociado de manera estadísticamente significativa con el trastorno por uso de sustancias no alcohólicas ($OR = 4.3$), la gravedad de la impulsividad ($OR = 1.53$), la gravedad de la hiperactividad ($OR = 1.38$) y el número de comportamientos antisociales durante la adolescencia ($OR = 1.10$).

Conclusiones: Este análisis exploratorio señala la importancia que el desarrollo temprano y la impulsividad pueden tener en el curso de la vida de las personas diagnosticadas de TDAH. La identificación de predictores en la infancia y adolescencia de trastornos psiquiátricos durante la edad adulta puede ser muy útil para la mejor comprensión de los trastornos y futuros trabajos de prevención de los mismos.

74. ENVIRONMENTAL LEAD AND TOBACCO SMOKE EXPOSURE AND NEUROCOGNITIVE PERFORMANCE IN ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER

Choi J.; Kim J. W.; Jung A. H.; Nam S.; Hong S.; Kim J. Division Of Child And Adolescent Psychiatry, Department Of Psychiatry, Seoul National University College Of Medicine, Korea

Background: Previous studies have suggested that concentrations of lead in the blood and cotinine in the urine are associated with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in youth. Lead is a heavy metal constituent contained in tobacco. Cotinine is a metabolite of nicotine, and it is used as a biomarker for exposure to tobacco smoke. However, only a few studies have analyzed what specific neurocognitive functions are associated with the concentrations of lead and cotinine in youth with ADHD.

Methods: Ninety four youth diagnosed with ADHD and thirty controls (aged 5 to 18 years) participated in this study. A structured diagnostic interview (K-SADS-PL) was conducted with each participant of both groups for psychiatric diagnostic evaluation, and concentrations of blood lead and urinary cotinine were measured. All participants were assessed using the ADHD Rating Scale-IV (ADHD-RS), and they also took the continuous performance test (CPT) and the Stroop color-word test (SCWT). Analysis of covariance was used for comparison of the blood lead and urinary cotinine concentrations in ADHD group to those in control group. Multivariable linear regression model was used to evaluate associations of blood lead and urinary cotinine concentrations with the results of ADHD-RS, CPT, and SCWT; IQ, age, and gender were adjusted. The study protocol was approved by the institutional review board for human subjects at the Seoul National University Hospital.

Results: There was a significant difference in blood lead concentrations between the ADHD and control groups ($1.5 \pm 0.4 \mu\text{g/dL}$ vs. $1.2 \pm 0.3 \mu\text{g/dL}$, $p=0.008$), but no difference in urinary cotinine concentrations. Blood lead concentrations showed a positive correlation with

the CPT scores of omission errors ($r=0.31$, $p<0.05$) and response time variability ($r=0.25$, $p<0.05$). On the other hand, urinary cotinine concentrations did not demonstrate a meaningful correlation with any of the variables. In the multivariable linear regression model, blood lead concentrations were associated with CPT omission errors ($B=0.274$, $p=0.009$).

Conclusions: Our results showed that high blood lead concentrations are associated with poor neurocognitive performance in ADHD, but urinary cotinine concentrations did not show any significant difference in between the ADHD and control groups and any association with the results of neurocognitive tests.

75. EFFECT OF AN OPIOID RECEPTOR ANTAGONIST ON STIMULANT TREATMENT OF ADULTS WITH ADHD

Biederman J.1; Spencer T.1; Hall A.1; Koster A.1; Zhu J.2; Bhide P.2 Massachusetts General Hospital¹; Florida State University College Of Medicine², USA

Introduction: Preclinical studies have shown that methylphenidate (MPH) activates mu opioid receptors, which are linked to euphoria. It is possible that mu opioid antagonists, such as naltrexone, may attenuate the euphoric effects of stimulants, thereby minimizing their abuse potential. The main aim of this study was to assess whether the combination of naltrexone with MPH is safe and effective while preserving the clinical benefits of stimulants. We hypothesized that the co-administration of naltrexone would not affect the therapeutic potency of stimulants in the treatment of subjects with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD).

Methods: We conducted a six-week, double blind, placebo controlled, randomized clinical trial of naltrexone in adults with ADHD receiving open treatment with therapeutic doses of MPH. Subjects were adults with ADHD preselected by the experience of euphoria with a test dose of MPH.

Results: Thirty-seven subjects who experienced stimulant-induced (mild) euphoria on a baseline visit

were started in the open trial of MPH and randomized to Naltrexone or Placebo. 31 subjects completed to Week 3, 25 subjects completed through Week 6. Throughout the course of 6 weeks of blinded naltrexone and open MPH treatment, the co-administration of naltrexone with MPH did not interfere with the clinical effectiveness of MPH for ADHD symptoms. In addition the combination of naltrexone and MPH did not produce any increase in adverse events over MPH alone.

Conclusions: Our findings provide further support for the concept of combining opioid receptor antagonists with stimulants to provide an effective stimulant formulation with less abuse potential. Such a non-addictive form of stimulant treatment for ADHD could minimize diversion and misuse concerns by prescribers and consumers. Funding: United States Department of Defense (DOD) grant W81XWH-12-1-0510

76. THE EFFECT OF GUANFACINE ON HYPERACTIVITY AND IMPULSIVE BEHAVIOR IN A 3.5 YEARS OLD MALE WITH VELOCARDIOFACIAL SYNDROME

Robenzadeh A; Pinnaka S; Siller P; Cabisudo M, M.D. Child And Adolescent Psychiatry Westchester Medical Center, NY, USA

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most common comorbid disorders associated with velocardiofacial syndrome (VCFS). Approximately 30 – 40 % of individuals with VCFS have an ADHD diagnosis¹. The use of stimulants to treat the ADHD symptoms of children with VCFS and ADHD has several concerns; most importantly about 70% of children with VCFS have congenital cardiovascular anomalies and are therefore at possible increased risk for developing arrhythmias when taking stimulants². Despite of these concerns clinicians still consider stimulants as first line agents in these patients.

In this case report we are describing the course and outcome of Guanfacine (non-stimulant) treatment of a 3.5 years old male with diagnosis of VCFS confirmed with genetic testing presenting with severe hyperactivity and impulsive behaviors. The reduction in ADHD symptoms with Guanfacine is clinically significant

and pt tolerated this medication very well without any significant cardiovascular side effects.

We believe Guanfacine potentially be an effective alternative first line treatment option for ADHD in children with velocardiofacial syndrome.

1. Green T, Gothelf D, Glaser B, Debbane M, Frisch A, Kotler M, et al. Psychiatric disorders and intellectual functioning throughout development in velocardiofacial (22q11.2 deletion) syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48(11):1060–8.
2. Vetter VL, Elia J, Erickson C, Berger S, Blum N, Uzark K, Webb CL: Cardiovascular monitoring of children and adolescents with heart disease receiving medications for attention deficit/hyperactivity disorder: A scientific statement from the American Heart Association Council on Cardiovascular Disease in the Young Congenital Cardiac Defects Committee and the Council on Cardiovascular Nursing. *Circulation* 2008; 117:2407–2423.

77. DYSFUNCTIONAL CONNECTIVITY OF AMYGDALA IN NEURAL NETWORKS OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AND DISRUPTIVE BEHAVIOR DISORDER: A CONTEXT-DEPENDENT PSYCHOPHYSIOLOGICAL (GPPI) ANALYSES

*Hwang S.1; Nolan Z. T.2; White S. F.3; Sinclair S.4; Blair R.4
University Of Nebraska Medical Center¹; Pennsylvania State Medical School²; Boystown National Research Hospital³; National Institute Of Mental Health⁴, USA*

Introduction: Disruptive behavior disorder (DBD) as well as Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) are significant mental health issues in pediatric populations. Considerable data indicate dysfunction in the amygdala related to their psychopathology, particularly related to callous-unemotional (CU; reduced guilt and empathy) traits. In addition, there may be dysfunction with respect to the regulation of amygdala activity. However, little is known regarding the connectivity of the

amygdala and cortical regulatory structures in patients with DBD and ADHD. Thus, current study involves a comprehensive approach to examining differential functional connectivity of amygdala in DBD and ADHD as a function of disorder, using the affective stroop task (AST).

Methods: Two studies were conducted. The first involved 26 youths with ADHD and 35 healthy youths. The second involved 35 youths with DBD and 28 healthy youths. Participants completed the affective stroop task while undergoing functional MRI. Context-dependent psychophysiological (gPPI) analysis was applied to the BOLD responses, using amygdala as a seed. GPPI created time series of BOLD changes in seed and its synchronicity with other cortical and subcortical areas.

Statistical analysis: Two sets of ANOVA was conducted on the gPPI data: 2 (group: healthy youths, youths with ADHD) x 3 (emotion: positive, negative, and neutral) x 3 (congruence: congruent, incongruent, view), and 3 (group: healthy youths, youths with DBD and high callous-unemotional trait HCU, youths with DBD and low callous-unemotional trait LCU) x 3 (emotion) x 3 (congruence).

Results: Of the three groups of patients, only youth with DBD-LCU showed profoundly compromised disturbance in amygdala-cortical interactions as a function of emotion. Thus, youth with DBD-LCU showed significantly reduced connectivity compared to healthy youths and youths with DBD-HCU, between amygdala and inferior frontal gyrus, posterior cingulate gyrus, caudate, and insula, in response to emotional (negative and positive) relative to neutral stimuli. Youth with ADHD only showed significantly decreased connectivity between amygdala and lentiform nucleus compared to healthy youths, in response to positive relative to neutral stimuli.

Conclusion: Patients with DBD-LCU showed the most profound indications of disrupted amygdala-cortical connectivity. They showed, relative to healthy youth and clinical comparison group, decreased connectivity between amygdala and cortical regulatory structures in response to emotional stimuli. This may contribute to the emotional lability seen in this population. The youths

with ADHD showed disrupted connectivity between amygdala and striatum and only in response to positive stimuli.

78. TIEMPO DE REACCIÓN EN TAREA GO/NO-GO DE AULA EN NIÑOS DE 6 A 16 AÑOS CON Y SIN TDAH

Zulueta Fernández A.1; Redondo Zaballo M.2; Mejías Pérez M.2; González Fraile E.3
Universidad Internacional de La Rioja (UNIR), Dpto. de Psicología. Logroño. España¹; Nesplora, Technology & Behavior, Donostia-San Sebastian, España²

Introducción: El test neuropsicológico en realidad virtual AULA (Climent y Banterla, 2011) es una variante ecológica en realidad virtual de los CPT que permite obtener estimaciones precisas de los principales procesos atencionales como el tiempo de reacción (TR). Se presentan los resultados en las variables de TR en aciertos totales, visuales y auditivos, con y sin distractores y en tarea Go-NoGo, en niños con y sin TDAH.

Métodos: Se trata de un estudio observacional transversal con grupo control. La muestra está compuesta por 767 sujetos (515 niños y 252 niñas) de 6 a 16 años. 213 niños presentan TDAH (179 inatento y 195 mixto) conforme a los criterios DSM-IV y 272 niños sin patología. A todos los sujetos se les aplicó el test AULA. Se analizaron las diferencias intergrupales en el TR, que consiste en el tiempo transcurrido desde la presentación del estímulo diana hasta la respuesta del sujeto, en relación con los aciertos en la prueba AULA en diversas condiciones. Se hicieron comparaciones entre el grupo de niños/as con TDAH y grupo control; y entre subtipos de TDAH (inatento vs. mixto).

Resultados: En la comparación entre TDAH y controles, todas las variables analizadas mostraron diferencias estadísticamente significativas ($t(2,765)$, $p = .000$], con TR menores en el grupo con diagnóstico de TDAH. En la comparación inatento vs. mixto, no se observaron diferencias estadísticamente significativas [$t(2,372)$, $p < 0,05$].

Conclusiones: Los niños diagnosticados con TDAH presentan TR más rápidos que los sujetos normales en las

variables de aciertos. En estudios sobre la variabilidad del TR en los CPT llevados a cabo por Aaron et al. (2007) las respuestas lentas atribuidas a los sujetos con diagnóstico de TDAH se producen en solo en algunas de las respuestas, mientras que en el resto tienen TR dentro de la normalidad. Además, en el estudio de DAVIS et al. (2012) sobre memoria de trabajo y persistencia en la tarea, factores motivacionales pueden tener una influencia importante en el rendimiento de pacientes con TDAH.

Este hallazgo muestra la necesidad de llevar a cabo estudios sobre el TR y TDAH en las tareas de los Continuous Performance Test, con el fin de identificar si el TR lento es o no un síntoma propio del TDAH.

Estas diferencias no se mantienen en la comparación entre los diferentes subtipos de TDAH.

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

Bioulac, S., Lallemand, S., Rizzo, A., Philip, P., Fabrigoule, C., & Bouvard, M.P. (2012). Impact of time on task on ADHD patient's performances in a virtual classroom. *European Journal of Paediatric Neurology*. Advance online publication. doi:10.1016/j.ejpn.2012.01.006

Climont, G., Banterla, F., Iriarte, Y. (2011). AULA manual teórico. San Sebastián: Nesplora.

Parsey, C. M., & Schmitter-Edgecombe, M. (2013). Applications of Technology in Neuropsychological Assessment. *The Clinical Neuropsychologist*, 27(8), 1-10.

Hervey, A., Epstein, J., Curry, J., Tonev, S., Arnold, E., Conners, K., Hinshaw, S., Swanson, J. & Hechtman, L. (2006). Reaction Time Distribution Analysis of Neuropsychological Performance in an ADHD Sample. *Child Neuropsychology: A Journal on Normal and Abnormal Development in Childhood and Adolescence*. Volume 12, Issue 2, 2006.

Davis, S., Van der Oord, S., Wiers, R. W., & Prins, P. J. M. (2012). Can Motivation Normalize Working Memory and Task Persistence in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder? The Effects of Money and Computer-Gaming. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(5), 669-681. <http://doi.org/10.1007/s10802-011-9601-8>

79. RELACIÓN ENTRE LOS RASGOS DE PERSONALIDAD Y LOS SÍNTOMAS DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Huguet Miguel A.; Duffo Viñas M.; Baget Gutiérrez L.; Alda Díez J. A.

Hospital Sant Joan De Deu, Barcelona, España

Introducción: Se estima que entre un 5% y un 7% de la población infantil mundial presenta TDAH. Hay autores que sugieren la asociación entre rasgos de personalidad y el desarrollo de trastornos psicopatológicos. Los objetivos de este estudio son conocer el perfil de personalidad de los niños y adolescentes con TDAH y analizar la relación entre los rasgos de personalidad y los síntomas característicos del TDAH.

Metodología: Estudio descriptivo y correlacional, realizado en la unidad de TDAH del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Población objeto de estudio: niños y adolescentes diagnosticados de TDAH de entre 8 y 15 años. Se realizó una entrevista clínica y se administraron los cuestionarios ADHD Rating Scale-IV para padres, CBCL y EPQ-J. Se aplicaron pruebas no paramétricas para la comparación y correlación de variables.

Resultados: La muestra está configurada por 24 niños y adolescentes siendo el 83,3% hombres, con una edad media de 10,71 años (DE 2,15) presentando el 70,8% TDAH subtipo combinado y el 29,2% subtipo inatento. El 75% de los pacientes presentaron comorbilidad asociada siendo ansiedad la más elevada (41,7%) seguido del trastorno negativista desafiante (33,3%) y síntomas depresivos (16,7%). El 75% de los casos tiene medicación prescrita. Respecto al perfil de personalidad se observó que el 100% de los pacientes respondió con sinceridad y presentó elevadas puntuaciones en psicoticismo. El 58,3% mostró una elevada puntuación en conducta antisocial. Un 41,7% obtuvo una elevada puntuación en extraversión y un 12,5% una baja puntuación. El 33,3% presentó una alta puntuación en neuroticismo. Se observaron relaciones positivas moderadas entre conducta antisocial y el neuroticismo ($\rho=0.694$, $p=0.0001$) y psicoticismo ($\rho=0.571$, $p=0.004$) siendo baja pero significativa con

la extraversión ($\rho=.429$, $p=0.037$). Los pacientes con TDAH combinado presentan mayores puntuaciones de psicoticismo ($p=0.021$). Se sugiere una relación positiva moderada entre psicoticismo e hiperactividad ($\rho=.568$, $p=0.004$) y ADHD total ($\rho=.540$, $p=0.006$) y una baja relación entre ADHD total y conducta antisocial ($\rho=0.413$, $p=0.045$).

Conclusiones: El perfil de personalidad de niños y adolescentes con TDAH es heterogéneo no obstante los resultados sugieren que todos los casos y más aún los de subtipo combinado presentan altas puntuaciones en psicoticismo. Se observan relaciones moderadas entre psicoticismo e hiperactividad y TDAH, en el sentido de que a mayor sintomatología hiperactiva y puntuación total de TDAH mayor psicoticismo.

Las posibles limitaciones de nuestro estudio serían una muestra no muy amplia y que los pacientes se encuentran en tratamiento farmacológico.

80. LA UTILIDAD CLÍNICA DEL INSTRUMENTO CONTINUOUS PERFORMANCE TEST-3 (CPT-3) EN EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

*Huguet Miguel A.; Duffo Viñas M.; Alda Diez J. A.
Hospital Sant Joan De Deu, Barcelona, España*

Introducción: El diagnóstico del TDAH es exclusivamente clínico. Se basa fundamentalmente en la información obtenida a través de la entrevista clínica del niño y de los padres, respaldado por los cuestionarios psicométricamente validados para la evaluación de los síntomas característicos del trastorno (inatención, hiperactividad e impulsividad) sobre las percepciones de los padres y docentes acerca de los problemas del niño que causan una repercusión funcional en los ámbitos personal, familiar, académico y/o social. El uso del instrumento CPT-3 puede ayudar a la evaluación clínica y apoyar el diagnóstico convirtiéndose en una herramienta clínica y diagnóstica del TDAH. El objetivo de este estudio es conocer la relación entre las diferentes variables del CPT-3 y los síntomas característicos del TDAH.

Metodología: Estudio descriptivo transversal. La población objeto de estudio son todos los pacientes con TDAH naïve de la unidad de TDAH del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona desde octubre a diciembre de 2015. Se realizó una entrevista clínica a padres y pacientes y se administró el ADHD RS IV versión padres y el CPT-3. Se aplicaron pruebas no paramétricas para la correlación de variables.

Resultados: La muestra fue configurada por 31 pacientes diagnosticados el 58,6% de TDAH subtipo inatento y el resto de subtipo combinado, con una edad media de 11,16 años (DE 2,78), siendo el 80,6% varones. No se observó ninguna relación entre las variables medidas en el CPT-3 y los resultados de inatención del ADHD RS IV versión padres. Se observó una relación moderada entre la puntuación de hiperactividad del cuestionario ADHD RS IV y la variable detectabilidad ($\rho=.529$, $p=0.002$) y con omisiones ($\rho=.390$, $p=0.030$) y comisiones ($\rho=.466$, $p=0.008$). También se observaron relaciones entre la puntuación total ADHD del cuestionario y detectabilidad ($\rho=.412$, $p=0.021$) y comisiones ($\rho=.436$, $p=0.014$).

Conclusiones: No se ha encontrado ninguna relación entre la información proporcionada por los padres respecto al síntoma inatención medido por el ADHD RS IV y los datos objetivos obtenidos en las distintas variables del instrumento CPT-3. Teniendo en cuenta que este instrumento mide principalmente atención, los resultados sugieren que la información proporcionada por los padres es sesgada en ocasiones. Esto refuerza que el diagnóstico de la patología no debe realizarse exclusivamente mediante el uso de cuestionarios.

81. TRASTORNO DE DESREGULACIÓN DISRUPTIVA DEL ESTADO DE ÁNIMO Y TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD: CLÍNICA Y FUNCIONALIDAD

*Llorens M.; Espluga N.; Gracia R.; Montalvo I.; Puntí J.; Pamias M.
Corporació Sanitària Parc Taulí; Sabadell, España*

Introducción: El Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo (DMDD) es un

diagnóstico de reciente aparición en el DSM-5. Se ha descrito que este trastorno presenta una frecuente asociación a otros trastornos mentales, como el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) (1,2,3). Algunos autores apuntan que esta comorbilidad condiciona peor curso clínico y mayor disfuncionalidad a nivel general (3,4). Dado que en nuestras consultas atendemos gran número de pacientes con TDAH, es de interés conocer cuántos de éstos presentan un posible DMDD asociado y si los mismos muestran un peor funcionamiento.

Método: Se evalúan 100 pacientes con TDAH recogidos consecutivamente. Se excluyen los pacientes con Retraso Mental.

Las variables son: sexo, edad, edad de diagnóstico, antecedentes psiquiátricos familiares, tratamiento y comorbilidades. Se administran: CPRS-Conner's Rating Scales (Conners 1997, traducción Amador 1999.), CBCL-Child Behavior Checklist/4-18 (Achenbach 1991, traducción Abad 1991), WFIRS-P - Escala de Clasificación del menoscabo funcional WEISS-Informe del padre (Weiss 2005) y CDI - Children's Depression Scale (Kovacs 1982, traducción Barrio 2002).

Dado que no se dispone de una escala validada en español para DMDD, se utiliza que las subescalas de ansiedad, atención y agresividad de la CBCL puntúen más de 69 cada una y se comprueba que estos casos cumplan criterios diagnósticos DSM-5.

Resultados:

- De los 100 pacientes con TDAH (76% varones, edad media 12.53), 13 tienen la puntuación descrita en la escala CBCL. Los 13 cumplen criterios diagnósticos de DMDD y las siguientes características:
 - Más antecedentes familiares de esquizofrenia (p 0.005),
 - Toman más risperidona (p 0.000)
 - Mayor comorbilidad con trastorno oposicionista desafiante (TOD) (p 0.000).
 - Mayor puntuación en todas las subescalas de Conners (p 0.000) y de CBCL (p.0.001), más positivos en CDI (p 0.000) y en algunas subescalas de la WFIRS-P (familia, habilidades vitales, autoconcepto y actividades sociales).

Conclusiones:

- El uso del CBCL puede ser un buen screening para DMDD. A pesar de ello se considera prioritario disponer de una escala específica, validada y traducida para DMDD.
- Hay mayor disfuncionalidad en los pacientes con DMDD (más puntuación en escalas y más uso de risperidona).
- Puntúan más en la escala CDI, de acuerdo con la literatura previa que relacionan el DMDD con mayor riesgo de depresión.
- Mayor comorbilidad también con TOD.

Los chicos con TDAH i DMDD son más graves por lo que convendría realizar intervenciones específicas y eficientes para ellos.

82. HIPOPLASIA DE CUERPO CALLOSO Y TDAH

Huertas Patón A.1; Arroyo Cuevas S.2; Velado Pulido B.2

Hospital Universitario Príncipe De Asturias¹; Hospital Universitario Príncipe De Asturias², España

Objetivo: Relación entre hipoplasia de cuerpo calloso y TDAH. la hipoplasia de cuerpo calloso es una alteración del desarrollo embrionario que ocasiona la falta parcial de este haz de fibras interhemisféricas cerebrales, que ocasiona, entre otros, alteraciones visuales y táctiles, retraso general del desarrollo (áreas motora, de coordinación, equilibrio, tono muscular y lenguaje), cociente intelectual disminuido, y dificultad en la comunicación: en estos niños es que el lenguaje comprensivo es mayor que el lenguaje expresivo. En el caso de TDAH aunque los estudios no son numerosos se ha hallado un menor número de fibras o una disminución de la mielinización de las fibras que conectan las cortezas prefrontales y parietales podría haber afectación de los canales de comunicación interhemisférica que son necesarios para mantener la atención o control motor, lo que contribuye a los síntomas de hiperactividad e impulsividad, o falta de atención, observados en el TDAH.

Métodos: Resumen de evolución clínica a lo largo de 3 años de abordaje psiquiátrico de 2 niños diagnosticados de hipoplasia de cuerpo calloso. Estos niños presentan

clínica compatible con TDAH y alteraciones de conducta en distinto grado.

Resultados: Los síntomas de TDAH así como las alteraciones de conducta mejoran mediante abordaje farmacológico y coordinación con equipo de apoyo psicopedagógico del centro escolar.

Conclusiones: Es necesario un abordaje multidisciplinar tanto al paciente como a la familia para lograr obtener el máximo potencial funcional de los niños con hipoplasia de cuerpo calloso.

Reseña bibliográfica:

Guinea-Hidalgo A, Tirapu-Ustárriz J. La sustancia blanca en los trastornos del desarrollo. *Rev Neurol* 2011; 53: 361-71.

V. Emond, C. Joyal, H. Poissant. Neuroanatomie structurelle et fonctionnelle du trouble déficitaire d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). *Rev Encephale*. 2009 Apr;35(2):107-14.

Gilliam M1, Stockman M, Malek M, Sharp W, Greenstein D, Lalonde F, Clasen L, Giedd J, Rapoport J, Shaw P. Developmental trajectories of the corpus callosum in attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 2011 May 1;69(9):839-46.

Wolf JF1, Milkovic S, Osswald N, Rellum T, Paschzella N, Rohrschneider W, Gehrmann J. Agenesis of the corpus callosum: Cognitive and neuropsychiatric symptoms in children and adolescents--a case report. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2011 May;39(3):207-13.

83. ADHD RATING SCALE: VALIDATION OF A SPANISH VERSION AND PROPOSAL OF A SHORT-VERSION SCALE

Vallejo Valdivielso M.1; Díez-Suárez A.1; de Castro Manglano P.1; Martín Lanás R.2; Soutullo Esperón C.1
Clinica Universitaria De Navarra¹; Clínica Universidad De Navarra², Pamplona, España

Introduction: Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder that involves exhibition of developmentally inappropriate levels of inattention (IA) and/or hyperactivity-impulsivity (HI). Factor analytic findings of ADHD symptoms according

to of DSM-IV criteria yield an underlying two-factor structure (IA and HI). The purpose of the present study was to validate a Spanish version of the 18-item ADHD rating scale IV (ADHD-RS-IV) and to develop a short-version to be used as a screening tool in the pediatric population.

Methods: A total sample of 637 subjects was recruited: 495 patients meeting ADHD DSM-IV criteria; and 134 control participants. Confirmatory Factor Analysis was performed with Stata 12.1. using Structural Equation Modeling (SEM) on a polychoric correlation matrix, and maximum likelihood estimation method. SPSS v.20 program was used to calculate corrected item-total correlations, to assess discriminant validity, and to determine a cut-off score for the scale and its predictive performance, using ROC analysis. The short version of the ADHD rating scale was developed using a stepwise logistic regression.

Results: The internal consistency was high for both the ADHD-R-IV and its subscales. The Cronbach's alpha coefficient was .94 for the total scale, and $\geq .90$. for the subscales. Ordinal alpha values were .95 for the total scale, and $\geq .90$ for the subscales. Confirmatory factor analysis (CFA) showed best fit for a two-factor model of inter-correlated factors: inattention and hyperactivity. The questionnaire offered good discriminant power between ADHD patients and controls (AUC=.97). Based on stepwise logistic regression to optimize concordance with the original ADHD-RS, we developed a 6-item version of the scale which presented high internal consistency (Cronbach's alpha=.86; ordinal alpha=.90), and discriminatory power (AUC=.98).

Conclusions: The Spanish version of ADHD-RS-IV analyzed in this study showed a two-factor internal structure that corresponds to DSM-IV and DSM-5 models, and to the one proposed by the author of the original scale. Furthermore, the Spanish ADHD-RS-IV has high discriminatory power resulting in a valid and reliable instrument to measure ADHD symptoms in Spanish population. The 6-item version (items 3, 4, 6 and 8 of IA; and item 2 and 8 of HA) offers a similar discriminatory power to the one of the 18-item scale, suggesting that the abbreviated scale may be used as a screening tool in the pediatric population.

84. DISREGULACIÓN EMOCIONAL EN EL PACIENTE CON TDAH: PERFIL DE DISREGULACIÓN EMOCIONAL DEL YOUTH SELF REPORT

Gómez-Simón, I; Pujals Altès, E., Fresno González, C., Fernández Montero, R., Villar Garces, A., González Ruano, E.

Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Ciutat Vella. Parc de Salut Mar, Barcelona

Introducción: Las alteraciones emocionales en el TDAH apenas se han explorado en comparación a los síntomas cognitivos y conductuales. Durante los últimos años, está siendo evaluada la utilidad de diversas medidas, auto y heteroinformadas, de la regulación emocional. Entre estas medidas, el Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991) se ha revelado como útil en la identificación de pacientes con TDAH y dificultades en la regulación de sus emociones. El perfil A-A-A o perfil de disregulación emocional, consistente en una puntuación de 180 o más como resultado de la suma de las puntuaciones T de las subescalas del CBCL, Comportamiento agresivo, síntomas ansioso-depresivos y problemas de atención, identifica pacientes con TDAH y dificultad en la regulación emocional (Biederman y cols., 1995 y Spencer y cols. 2011). Según nuestros conocimientos, no se ha publicado estudio alguno en el que este perfil haya sido obtenido a partir de las respuestas autoinformadas que proporciona el Youth Self Report (YSR).

Métodos: El CBCL (Achenbach, 1991) es un inventario que responden los padres que evalúa la presencia de conductas problemáticas en los últimos seis meses en niños y adolescentes de 6 a 18 años. Permite obtener puntuaciones T en función del sexo y la franja de edad en 8 subescalas. Por su parte, el YSR (Achenbach, 1991), aplicable a adolescentes de entre 11 y 18 años, proporciona de manera autoinformada la misma información del CBCL. 86 padres de adolescentes diagnosticados de TDAH respondieron los ítems de las subescalas Comportamiento agresivo (19 ítems), Problemas de atención (9 ítems), y Síntomas ansioso-depresivo (19 ítems) del CBCL. Sus hijos, 86

adolescentes con diagnóstico de TDAH, respondieron los mismos ítems en el YSR.

Resultados: Mediante el perfil A-A-A del CBCL se han identificado 63 (73.26%) pacientes con TDAH que presentan disregulación emocional mientras que mediante el perfil A-A-A del YSR se han identificado 39 (45.4%) pacientes con TDAH y disregulación emocional.

Conclusiones: Este es el primer estudio en el que el perfil de disregulación emocional A-A-A se obtiene mediante el YSR. El porcentaje de pacientes con TDAH que cumplieron con el Perfil A-A-A evaluado mediante el YSR (45,35%) es similar al reportado en la literatura (Biederman y cols., 1995 y Spencer y cols. 2011) mediante el CBCL (44% y 36% respectivamente). Los padres en nuestro estudio reportan más dificultades de regulación emocional en sus hijos con TDAH que los propios adolescentes y que estudios previos.

85. TDAH Y COMORBILIDADES EN LA ADOLESCENCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Martínez-Núñez B.1; Yamamoto-Caballero S.1; Matas-Ochoa A. M.2; Tur-Salamanca N.2

Hospital Central De La Defensa Gomez Ulla¹; Hospital Clínico San Carlos², España

Introducción: El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) se mantiene durante la adolescencia y supone un factor de riesgo adicional en una etapa ya complicada. La hiperactividad y la inatención, persisten como comportamientos disociales, baja autoestima, depresión, violencia y/o bajo rendimiento escolar.

Resumen del caso: Adolescente de 14 años, que acude por primera vez a Consulta de Psiquiatría Infanto-Juvenil, derivada por Pediatra de zona por “problemas de comportamiento”.

Como antecedentes personales, los padres refieren que estuvo en seguimiento por Neuropediatría en la infancia por cefaleas y por sospecha de TDAH, aunque nunca recibió tratamiento.

La paciente presenta problemas en casa y en el Instituto. Al analizar varios episodios relacionales, queda patente la baja tolerancia a la frustración y la no aceptación de límites. Esto propicia alteraciones conductuales graves en forma de irritabilidad, crisis de angustia y heteroagresividad verbal y física. Además la paciente reconoce consumir cannabis con frecuencia y abusar del alcohol los fines de semana.

Se trabaja psicoterapéuticamente en consulta con el objetivo de aumentar su capacidad de mentalización y adquirir mayor responsabilidad y autocontrol en sus tareas.

Durante el seguimiento se han producido episodios de agitación en relación a la imposición de límites por parte de sus padres, por eso se decide iniciar tratamiento farmacológico (risperidona hasta 1 mg/día). La sintomatología mejora, pero se mantiene impulsividad y a paciente refiere inatención que según ella influye en el fracaso escolar.

Tras confirmar diagnóstico de TDAH, se indica metilfenidato 10 mg/día, con mala tolerancia por ansiedad referida. La paciente manifiesta no poder tragar comprimido, por esto se decide utilizar lisdexanfetamina 30 mg como alternativa terapéutica.

Actualmente no se han vuelto a producir explosiones de ira graves, ha mejorado su rendimiento académico, ha disminuido el consumo y según sus padres y Centro Escolar la impulsividad ha disminuido, siendo más fácil que acepte los límites establecidos.

Juicio clínico:

- Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (CIE-10: F90.0).
- Trastorno del Comportamiento Social (CIE-10: F94).

Conclusiones: El cribado para el diagnóstico de TDAH debería formar parte de todo dispositivo asistencial de salud mental. En la adolescencia cobra más importancia realizar un buen diagnóstico diferencial por las comorbilidades que a corto y largo plazo puede acabar generando la no intervención. El tratamiento farmacológico puede ayudar a controlar los síntomas, sobre todo si éstos producen disfunciones en al menos dos áreas, o si en un área la limitación es muy grave.

86 . ALERTA PARA LA PREVENCIÓN DE TRASTORNOS EMOCIONALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES REFUGIADOS

Jimenez Hernandez J. L.1; Pinero Higuera M.1; Vargas Villat A.1; López-Sánchez López J.2; López-Rico M.2
Hospital Universitario 12 De Octubre¹; Complejo Asistencial Universitario De Salamanca², España

Introducción: El cuidado psiquiátrico infanto-juvenil, durante esta última década, nos ha enfrentado a una alta incidencia de trastornos de adaptación aparecidos en los hijos de los migrantes económicos (6,5 millones) que han acudido a nuestro país en busca de una mejor calidad de vida. La experiencia obtenida nos ha proporcionado una posición de alerta para fijar la atención en los problemas emocionales esperados, dentro de la población desplazada a toda Europa, como consecuencia de los recientes conflictos armados. La preocupación por el impacto emocional que pueda tener la emigración en la salud mental infanto-juvenil de la ola actual de refugiados (13.5 millones de familias desplazadas), debe motivarnos para preparar un programa paidopsiquiátrico de prevención global que debemos reclamar a los gobiernos europeos; y, en particular, al nuestro.

Método: Se ha estudiado la psicopatología encontrada entre los niños y adolescentes migrantes que formaban parte de los 147 casos nuevos atendidos durante un periodo de 6 meses en nuestro servicio de psiquiatría infanto-juvenil.

Resultados: Un total de 26 casos (17,6%) tenían problemas de adaptación a cambios de cultura llegando 3 de ellos (2%) a ser Trastornos por estrés postraumático (TPEP). Otros 4 pacientes que presentaban aculturación tenían depresiones con intentos autolíticos comorbidos (2,8%). La intensidad del TPEP se agravaba, si, en el lugar de origen o durante su desplazamiento, habían sido testigos o víctimas de violencia; y, en especial si se había producido la pérdida de seres queridos. Así mismo, se confirmaba la relación entre los intentos de suicidio y los cambios frecuentes de hogar, colegio, país y continente.

Conclusión: Las grandes migraciones sufridas como consecuencia de las guerras, se asocian con una

probabilidad mucho mayor de enfermedad mental; sobre todo, depresiones, intentos de suicidio y Trastorno por estrés postraumático; estos últimos, relacionados con la violencia vivida. Todo debería orientarnos en la planificación de un programa psiquiátrico infanto-juvenil de prevención global.

Referencias bibliográficas:

1. PATEL N & HODES M: "Violent deliberate self-harm amongst adolescents refugees". *European Child & Adolescent Psychiatry*; 2006; Volume 15, Issue 6: 367-370.
2. JEFEE-BAHLOUL H. et al.: "Mental health in the Syrian crisis: beyond immediate relief". *Lancet*; 2015; Oct. (17); 386:1531.

87. NEGATIVE EMOTIONALITY AND ITS FACETS MODERATE THE EFFECTS OF EXPOSURE TO HURRICANE SANDY ON CHILDREN'S POST-DISASTER DEPRESSION AND ANXIETY SYMPTOMS

*Klein D.; Kopala-sibley D.; Danzig A.; Carlson G.
Stony Brook University, NY, USA*

According to diathesis-stress models, temperament traits may moderate the effects of stressors on the development of symptoms of psychopathology. One particularly promising candidate is negative emotionality (NE), which is analogous to the personality trait neuroticism. However, surprisingly little research has tested such models, particularly in children. Moreover, almost no research has tested whether specific facets of NE (i.e., sadness, fear, anger) may specifically moderate the effects of stress on depression versus anxiety. Finally, no research has examined whether childhood temperament may moderate the effect of disaster exposure on depressive or anxiety symptoms.

Hurricane Sandy, the second costliest hurricane in U.S. history, offers a unique opportunity to address these gaps. Seven years prior to Hurricane Sandy, 332 three-year-old children completed a laboratory observational measure of NE and its facets. Six years later, when they were nine years old, mothers rated their child's depressive and anxiety symptoms. Hurricane Sandy struck the Long Island region in October 2012, when children were an

average of 10 years old.

Approximately eight weeks after the disaster, mothers again rated their child's depressive and anxiety symptoms, as well as a measure of exposure to hurricane-related stress. Adjusting for symptom levels at age 9, higher levels of stress from Hurricane Sandy predicted elevated levels of depressive and anxiety symptoms only in children with high levels of temperamental NE. More specifically, higher levels of hurricane-related stress predicted elevated levels of depression symptoms in children with high levels of temperamental sadness, and predicted elevated levels of anxiety symptoms only in children high in temperamental fearfulness.

These findings support the role of early childhood temperament as a diathesis for psychopathology, and highlight the importance of considering facets of temperament when examining their relationship to specific forms of psychopathology.

88. SOMATIC SYMPTOMS IN A SAMPLE OF SEXUALLY ASSAULTED ADOLESCENTS

Casanovas M.1; Kramer T.1; Clarke V.2; Viner R.3; Goddard A.4; Khadr S.3

Imperial College London. The Centre For Mental Health¹; King's College Hospital NHS Foundation Trust²; University College London. Institute of Child Health³; Imperial College Healthcare NHS Trust. St Mary's Hospital⁴, UK

Introduction: Somatic symptoms are common in young people. Sexual assault is associated with a range of negative outcomes (physical, psychological and behavioural). Retrospective studies in adults suggest that somatic complaints are increased following sexual assault.

This study aims to describe the prevalence of somatic symptoms before and after sexual assault and the psychological profile of those with high symptom levels.

Methods: This sub-analysis from a prospective longitudinal observational cohort study assessed adolescents at two points, T0 (0-6 weeks post-assault) and T1 (4-6 months post-assault) following attendance at the Havens Sexual Assault Referral Centre in London.

Measures: Descriptive data included demographics and details of the index offence. Psychological data were collected using validated scales: Children's Revised Impact of Event Scale 13, Short Mood and Feelings Questionnaire, Self-Report for Childhood Anxiety Related Disorders and Development and Well-Being Assessment (DAWBA). Presence of somatic symptoms was assessed using the Strengths and Difficulties Questionnaire item of "I get a lot of headaches, stomachaches or sickness".

Results: 141 of 490 (28.8%) attenders took part at T0 and 106 (21.6%) at T1. The prevalence of somatic symptoms prior to sexual assault was 53%, and at T1 had increased significantly to 68% ($p=0.01$). 22 of the 106 subjects had no somatic symptoms at T0 or T1, 42 reported somatic symptoms at both time points, 25 had no symptoms at T0 but did at T1 and 10 had symptoms at only T0. Comparing participants reporting somatic symptoms ($N=69$) with participants without ($N=33$) at T1, there were no differences between groups with regards to age, SES, family structure, previous mental health history and past abuse. There were significant differences between groups with regards to ethnicity ($p=0.008$), presence of learning difficulties ($p=0.04$), and the scores on screening questionnaires. Patients with somatic symptoms exhibited significantly higher means scores than those without, in terms of depressive symptoms ($p=0.0003$), PTSD symptoms ($p=0.0002$) and anxiety symptoms ($p=0.0001$). In relation to psychiatric disorder, participants with somatic symptoms, displayed more of the following at T1: Generalised Anxiety Disorder ($p=0.002$), Major Depressive Disorder ($p=0.005$), Agoraphobia ($p=0.048$), Panic Disorder ($p=0.02$), Conduct Disorder ($p=0.01$) and Eating Disorder ($p=0.03$) and had trends for Obsessive-Compulsive Disorder ($p=0.08$) and Bipolar Disorder ($p=0.06$). They did not show more: Separation-Anxiety Disorder ($P=0.4$), Specific Phobia ($p=0.2$), Social phobia ($p=0.1$) and Post-traumatic Stress Disorder ($p=0.2$).

Conclusions: The prevalence of somatic symptoms increases after adolescent sexual assault. Sexually assaulted adolescents who present somatic symptoms are vulnerable with more psychopathology.

89. COMPARISON BETWEEN ADOLESCENTS WHO SELF-HARM AND THOSE WHO DO NOT AFTER A RECENT SEXUAL ASSAULT

*Valencia Agudo F.1; Kramer T.1; Clarke V.2; Viner R.3; Goddard A.4; Khadr S.3
Imperial College London¹; King's College Hospital NHS Foundation Trust²; University College London³; Imperial College Healthcare NHS Trust⁴, UK*

Introduction: Adolescent sexual assault has been associated with an array of negative mental health outcomes, including Deliberate Self-Harm (DSH). Self-harm has been conceptualised as maladaptive coping to deal with emotional distress and interpersonal stressors. This study aims to clarify understanding of the differences between those who self-harm and those who do not in terms of preceding vulnerability and sequelae in the aftermath of sexual trauma.

Methods: The sample was recruited from 490 adolescents who sought acute help at the Havens (multiagency sexual assault centre in London) over two years ($n=141$; recruitment rate of 29%). This study included data collection at T0 (3.9 weeks on average after the assault) and T1 (21.8 weeks on average post-assault). A semi-structured interview was conducted regarding assault details, social and clinical variables and questionnaires to determine the presence of psychological distress. Bivariate analyses were performed to explore differences between self-harmers and non self-harmers on pre- and post-assault variables.

Results: Ninety-eight females, six males and one transgender participant completed DSH information at T0 and T1. Data are presented for the 98 female participants [Mean age (SD) at assault 15.59 (1.33)]. The rate of DSH in the sample overall was 40% at T0 and 38% at T1 (at T1 13.3% were new self-harmers and 24.5% continuing self-harmers). Regarding vulnerability factors prior to assault, self-harmers at T1 presented significantly more history of family conflict, having been on the child protection register, previous self-harm and psychological symptoms when compared to non self-

harmers. In terms of post-assault variables, self-harmers at T1 had higher rates of re-victimization from T0 to T1, more psychological symptoms, worse social functioning, less social support and higher levels of substance use in comparison with non self-harmers.

Conclusions: This work demonstrated differences between adolescents who self-harm and those who do not after experiencing sexual trauma. Intensive intervention in relation to pre-existing or new vulnerabilities and psychological factors might reduce frequency of DSH. Better understanding of predictors will allow a more effective prevention of DSH in this population.

90. RAPID ASSESSMENT OF PEDIATRIC PSYCHOLOGICAL TRAUMA

Pun S.1; Tang J.1; Tiao J.1; Sugar J.1; Chen H.2; Roy D.2

Keck School Of Medicine Of USC¹; University Of Southern California², CA, USA

Introduction: The incidence of psychological trauma affecting children in the inner city is very high. For many inner-city families the Emergency Department (ED) may be their only point of contact with the healthcare system and trauma may simply be missed if it is not identified there. Our main goal is to field test a measure for the rapid assessment of psychological trauma in children presenting to a busy pediatric ED.

Methods: To do this we will use a 25-question survey (Rapid Assessment of Pediatric Psychological trauma—RAPPT). Any screening question answered affirmatively will be followed with a standard set of clarifying questions to determine whether a trauma has truly occurred and, if so, the nature and extent of that trauma. Also included in RAPPT are questions regarding past and present functional impairment that children may have as a result of these traumas.

Results: 38 of 40 (95%) of unselected pediatric ER patients with non-life threatening illness agreed to participate in the study and gave informed consent. Each interview only took about 15 minutes—5 for consent and 10 for data collection. 50% of child respondents reported at least one traumatic experience. Children who reported no traumatic experience were more likely to

agree that their visit to the ER was a good time to talk about trauma. Number of trauma types experienced predicted both functional impairment in any category and more categories of functional impairment. The number of questions children declined to answer also tended to correlate with functional impairment.

Conclusion: These results suggest that RAPPT can be used to screen efficiently for psychiatric trauma in the pediatric ER. Notably, unwillingness to identify and report specific traumas appears to predict functional impairment due to trauma. Children are able to self-identify a causative relationship between their traumatic experiences and functional impairment. We suspect that this functional impairment is related to the serious long-term consequences reported in adults who retrospectively report childhood trauma. Identification of traumatized children for early intervention may help prevent long-term consequences, including the development of mental and physical illness.

91. A PILOT STUDY OF FIREARM-RELATED TRAUMA AT A LEVEL 1 PEDIATRIC TRAUMA CENTER

Venter J.; Ricardi R.

Phoenix Children's Hospital, Arizona, USA

Introduction: Firearm-related injury in the United States is a major problem with a homicide rate 7 times and an unintentional firearm death rate at 6.2 times higher compared to other high-income countries. Arizona ranks 10th in the nation for firearms mortality for youth under age 19. As the only Level 1 trauma center in the state, Phoenix Children's Hospital treats the majority of firearm related injuries.

Method: To assess the extent of gun-related injuries in our community, data reported by the trauma service at Phoenix Children's Hospital were analyzed as a pilot study. Data for reporting to the State on patients who present to the Emergency Room due to gun violence was analyzed, including demographic data (age from 0-17), location of the incident, intentionality, eventual outcome and level of trauma severity. The data span seven years from 2009-2015. Descriptive statistical analyses are reported.

Results: One hundred and fifty six gun-related injuries presented to the Trauma Service during the seven year reporting period. Of these, five (3%) were reported as suicide attempts. There is a year over year increase in injuries due to firearms. Of these, most occurred at home (71%) and most patients identified as Hispanic (41%). The total number of patients who presented at the trauma service increased from 12 in 2009 to 32 in 2015. The highest frequency of patients by age occurred at 14 years old (18%). The majority of patients were ages one through 14 (80%). Long-term outcome was favorable with 94% of patients surviving the incident. Most injuries were due to air guns (48%), while 26% was due to hand guns, and 4% due to hunting rifles. A non-significant statistical correlation of 0.49 between increasing age and number of incidents was observed.

Conclusion: There is an increasing trend over time in fire arm related injuries presenting at the Phoenix Children's Hospital's Level 1 trauma center. The age group that presented most frequently were children aged 14 and 80% of patients were under 14. Most incidents occurred at the victim's home. Literature supports that patients in this age group are four times more likely to get shot at home. Most patients in identified as Hispanic and was observed at a higher rate than the overall percentage of Hispanics in Arizona (30.5%). The results of this pilot study confirm that gun-related injuries in children are a serious problem in our community and warrants further investigation.

92. GENETIC CORRELATES OF RE-EXPERIENCING, AVOIDANCE AND HYPER-AROUSAL SYMPTOMS IN PUERTO RICAN YOUTH

Sabaté N.1; Porter J.1; Pérez N.1; Pabón E.1; Cardalda E.2; Martínez J.3

Ponce Health Sciences University¹; Inter American University Of Puerto Rico²; Universidad Carlos Albizu³, Puerto Rico

Introduction: Exposure to violence is endemic in Puerto Rico, putting our youth at increased risk of developing trauma-related disorders. PTSD is highly

prevalent in our clinic in contrast with earlier reports, thus appearing to be underdiagnosed and/or misdiagnosed. A better understanding of the clinical presentation of trauma-affected youth will lead to more precise diagnosis, treatment planning and prevention strategies, thus reducing health disparities. The objectives of this study are to determine the frequency of re-experiencing, avoidance and hyper-arousal PTSD symptoms in our population and to examine its relationship with FKBP5 polymorphisms.

Methods: A sample of 200 clinic patients were screened for trauma exposure using the Child Trauma Screening Questionnaire in Spanish (CTSQ-Span) and further assessed for PTSD with the Child PTSD Symptom Scale in Spanish (CPSS-Span). Presence of FKBP5 polymorphisms was examined by genetic analysis of saliva samples. Data was entered into REDCap and analyzed with SPSS version 23.

Results: Preliminary analysis of the first 200 subjects indicates that 154 subjects have been exposed to trauma (77%). Of these 154 trauma exposed subjects, 107 (69%) have PTSD symptomatology, and 94 (61%) have PTSD according to the CPSS-Span. Of these 94 subjects which have PTSD, 47 (50%) showed mild severity of symptoms and 47 (50%) showed severe symptomatology. 100% of the 94 subjects with PTSD report symptoms of re-experiencing and hyper-arousal, whereas only 80% show avoidance/dissociative symptoms. Thus, there seems to be no difference in our clinic population between amount of mild and severe PTSD patients. However, avoidance symptoms seem to be less frequent than re-experiencing and hyperarousal symptoms in our population. Genetic analysis shows that risk alleles of FKBP5 polymorphisms rs9296158, rs9470080, rs3800373 seem to show a significant tendency related to PTSD severity.

Conclusions: PTSD is a significant problem at our clinic. Most patients present with re-experiencing and hyperarousal symptoms, while avoidance symptoms are reported less often. The severity of PTSD symptoms may be difficulting an accurate diagnosis. Specialized training to clinic staff is warranted to help reduce health disparities in this population.

93. TRATAMIENTO DE UN EPISODIO MANIACO SECUNDARIO A ENCEFALITIS HERPÉTICA EN LA INFANCIA: A PROPOSITO DE UN CASO

Díaz-Caneja Greciano A.1; Rodríguez Hernández A.2; López Marco D.3; Cardelle Pérez F.4; Ortega M. D.5
USMIJ Centro De Salud Mental- Cartagena¹; Hospital Universitario Santa Lucía, Unidad de Psiquiatría²; USMIJ, Centro de Salud Mental De San Andrés³; USMIJ, Centro de Salud Mental⁴; USMIJ Cartagena⁵, Murcia, España

Introducción: La encefalitis herpética (EH) consiste en una inflamación del sistema nervioso central causada por el Virus del Herpes Simple (VHS). Se caracteriza por la presencia de lesiones que predominan en la región basal de los lóbulos frontales y temporales y que tiene un intenso componente hemorrágico y necrótico. Debido a la particular distribución de las lesiones patológicas, predominan los síntomas clínicos como afasia, trastornos de la conducta y de la memoria, crisis epilépticas de semiología compleja y trastornos sensorio-preceptivos.

Métodos: Estudio descriptivo de una paciente diagnosticada de encefalitis herpética (EH) que secundariamente desarrolla como complicación un episodio maniaco (DSM-V). Inicialmente fue tratada con medidas de soporte y fármacos antiepilépticos. Se comenzó tratamiento con aciclovir (30mg/kg/día) el cual disminuye significativamente la morbimortalidad. Además, para el manejo del episodio maniaco recibió tratamiento con risperidona y oxcarbazepina los cuales fueron suspendidos por efectos secundarios. Finalmente se consiguió estabilización del cuadro clínico psiquiátrico con el tratamiento combinado de aripiprazol y sodio valproato.

Resultados: Nuestra paciente es una niña de 8 años diagnosticada de EH tras una infección de vías respiratorias altas. Inicialmente ingresó en la UCI hasta estabilización orgánica. Posteriormente desarrolló síntomas compatibles con un episodio maniaco, complicación rara. Se administraron diversos tratamientos antipsicóticos que no fueron efectivos, finalmente se le pauta aripiprazol 3 mg/día y sodio valproato 600 mg/día consiguiéndose la remisión total de la sintomatología

psiquiátrica.

Conclusiones: El caso entraña una doble dificultad, por una parte la alta mortalidad asociada a EH y por otra la escasez de literatura disponible con casos similares al nuestro.

El tratamiento combinado de aripiprazol y sodio valproato es una opción terapéutica eficaz para cuadro de manía secundario a encefalopatía herpética.

94. PREVENTION OF PSYCHOTIC EPISODE RELAPSE IN ADOLESCENTS THROUGH A MULTIDISCIPLINARY PILOT PROJECT

Gallardo Borge L.1; Sevillano Benito I.1; Gómez Sánchez S.2; Domínguez Martín C.1

Hospital Clínico Universitario De Valladolid¹; Hospital Clínico Universitario De Valladolid², España

Introduction: The adolescence and youth is a vulnerable period of life in order to suffer a mental illness, specially a psychotic episode. Usually these teenagers were excluded in their groups not only because of their symptoms or odd personality, if not due to their low social skills.

Aim: To present thoughts and considerations about a pilot project we are doing in a Child and Adolescent Psychiatry Day Hospital with teenagers and youth adults which are related by symptoms or genetic with psychosis.

Methods:

Pilot Project.

Criteria: patients with psychotic diagnosed or relatives with a psychosis diagnosed with reduction of their usual functionality, between 13 and 21 years old, referred to Child and Adolescent Psychiatry Day Hospital of Valladolid by their psychiatrists or by the Hospitalization Unit.

Intervention: intensive programme of two years with a multidisciplinary team. It consisted in 3 therapeutic pillars:

- psychiatrist consultation: individual psychotherapy, between 1 to 3 times per month.
- group programme: three hours (one hour in a psychotherapeutic group and two hours in occupational therapy), once per week.

- psychoeducation for parents: once per month.

Results: In these two years since we have made the project: 11 patients (8 boys, 3 girls); 10 with psychosis diagnosis and 1 with genetic vulnerability and reduction of his usual functionality.

Patients described a reduction or disappearance of psychotic symptoms and increased their insight. Their emotional expression ameliorated and also increased their social abilities. Only 1 patient had to re-hospitalised due to the increase of psychotic symptoms.

Parents expressed thanks for feeling in a comfortable group with families with the same problems. Their children said that the communication at home improved after the psychoeducational programme.

Conclusions: This pilot project and its results had been the seed to create a new programme for patients with a first psychotic episode between 13 to 21 years old.

We considered the group as a good kind of psychotherapy, due to these patients were usually excluded in the peers group and had many problems in social skills. Through this project and its group format, the teenagers acquired group identity and mechanism of problem resolutions that could use and ameliorate their integration in the community.

With the parents group, we got linked the families with their children's psychosis; trying to understand them and give them the necessary knowledge about the mental illness.

95. ESTUDIO EVOLUTIVO DE LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE LA INFANCIA Y DE LA ADOLESCENCIA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Varela Reboiras L.; Brenlla González J. B.; Domínguez Santos M.D.

Complejo Hospitalario Universitario De Santiago De Compostela, España

Introducción: El primer episodio de Psicosis tiene una tasa de incidencia anual de 24,6-40,9/100.000 habitantes, y la mayoría de las personas van a desarrollar Esquizofrenia o Psicosis afectiva. En este estudio

pretendemos determinar la incidencia global en consulta y evolución clínica de los Trastornos psicóticos (TPs) diagnosticados entre los años 2000-2012 en la Unidad de Salud Mental de la Infancia y de la Adolescencia (USMIA) de Santiago de Compostela.

Métodos: Estudio observacional descriptivo longitudinal, formado por una muestra de 17 pacientes diagnosticados de TPs (F20-F29, CIE-10) en la USMIA de Santiago de Compostela entre los años 2000 y 2012, 10 hombres y 7 mujeres, con una edad media de primera atención de 13,76±2,22 años y una edad actual de 26±3,67 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 consulta de TPs es del 0,4%. El diagnóstico más frecuente es Psicosis no orgánica sin especificación (PNOSE) (F29) (47,1%), seguido de Otros trastornos psicóticos no orgánicos (17,6%) y Esquizofrenia hebefrénica (11,8%). La evolución final en la USMIA es de derivación a Unidad de Salud Mental de Adultos (USMA) (64,7%), salvo los que abandonaron definitivamente (35,3%); aunque de estos, un 83,3% ya fue visto en la USMA y un 9,1% de los que se derivaron aún no acudieron. Entre los que abandonan hay una mayor indiferenciación en el diagnóstico de TPs (83,4%), mientras que entre los que son derivados hay una mayor diferenciación (36,4%). En los pacientes que abandonan y retornan a la USMIA no hay cambio de diagnóstico. Actualmente, el 52,9% de la muestra mantiene el diagnóstico de TPs (71,4% de mujeres y 40% de hombres), siendo el más frecuente (77,8%) el de Esquizofrenia (F20), y un 47,1% cambia de diagnóstico psiquiátrico. El cambio diagnóstico se produce fundamentalmente hacia Retraso mental (RM) (37,5%), al no codificarle actualmente el TPs previo, y el 62,5% restante se distribuye homogéneamente entre Trastorno bipolar (TB), Trastorno neurótico (TN) y Trastorno de personalidad (TPe).

Conclusiones: La incidencia global en consulta de TPs es del 0,4%. El grupo que más se diagnostica en la infancia es PNOSE. Un 47,1% de la muestra cambia de diagnóstico en la edad adulta, fundamentalmente hacia RM (37,5%), y el resto se distribuye homogéneamente entre TB, TN y TPe.

96. ADOLESCENT ONSET OF SIMPLE SCHIZOPHRENIA: A LONGITUDINAL SAMPLE

Espinosa Martinez L.1; Fortea Gonzalez A.1; Ilzarbe Simorte D.2; Chavez M. E.3; Baeza Pertegaz I.1; Parellada Rodon E.1
Hospital Clinic I Provincial De Barcelona¹; King's College Of London²; National University of Asunción³, Spain, UK and Paraguay

Introduction: Simple schizophrenia (SS) is characterized (ICD-10, 2010) by progressive development of negative symptoms that significantly affect the personal behaviour, without prominent psychotic symptoms. Despite the validity of this diagnostic category has been widely questioned, clinicians are still using it in daily practice. Accurate clinical and neuropsychological characterization is needed to define the pathophysiology underlying SS and to validate its diagnostic consistency, especially in young patients.

Methods: All children and adolescents clinically diagnosed of SS (fulfilling DSM-IV-TR and ICD-10 criteria) admitted between 2006-2015 to our inpatient unit were reviewed.

Results: From 79 patients diagnosed of Schizophrenia, 13 subjects were included. They were mainly Caucasian (53.9%), male (84.6%) and 16.0 (SD=1.3; range 13-17) years old with Cluster-A personality traits (38.5%), and only one subject had occasional drug abuse (tobacco and cannabis).

They were admitted an average of 15.1 (SD=6.7; range 7-29) days, usually referred by their family (69.2%) from the outpatient unit (38.5%), emergency room (23.1%) or day hospital (23.1%). The reasons for referral used to be multiple: social isolation or home confinement (76.9%), school absenteeism (69.2%), lack of motivation (23.1%), aggressiveness (23.1%), bizarre behaviour (7.7%) and rarely depressive symptoms (7.7%). There were no significant differences in CGAS ($p=0.45$) between initial assessment (range 15-45) and final evaluation (range 25-65). Despite the lack of psychotic symptoms, all patients received antipsychotic treatment: mainly aripiprazole (7 subjects) and clozapine (2 subjects).

At mental state examination they presented mainly flat affect (76.9%), apathy (69.2%), sleep disturbances (69.2%), functioning impairment (69.2%), poor eye contact (61.5%), poor speech (61.5%), anhedonia (53.8%), abulia (46.2%), lack of insight (38.5%), loss of self-care (38.5%), aggressiveness (38.5%). Impairments were found in neuropsychological test in executive functions (90.9%), cognitive flexibility (70.0%), verbal fluency (50.0%), verbal memory (62.5%), and visual memory (50.0%); although IQ estimations were in the average.

From 6 patients with follow-up information (5.0 ± 3.8 years) but no readmissions, 5 kept the same diagnosis and one patient received a diagnosis of depressive disorder.

Conclusions: In our sample, SS was a consistent diagnosis defining a nosological entity characterized by flat affect, apathy and social and functioning impairment, with altered executive functions without positive psychotic symptoms. Although it is a retrospective observational study, to our knowledge there is no other sample of SS in youth in the literature; and the largest in adults included 9 patients (Serra-Mestres et al. 2000). So, further research is needed to identify markers and predictors of prognosis.

97. PRESENCIA DE TRASTORNOS DEL ÁNIMO UNA MUESTRA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON SÍNDROME DE RIESGO DE PSICOSIS Y RELACIÓN CON LA TRANSICIÓN A PSICOSIS

Alvarez X.1; Rodríguez M.1; Armendáriz A.2; Tor J.3; Baeza I.4; Dolz M.1
Hospital Sant Joan De Deu¹; Parc Sanitari Sant Joan De Déu²; Fundació Hospital Sant Joan De Déu³; Hospital Clinic I Provincial De Barcelona⁴, España

Introducción: Los artículos muestran que el riesgo de transición a psicosis en los sujetos con criterios de EMARs tiene un rango desde el 18% a los 6 meses hasta el 32% a los 3 años, pudiendo variar según los diferentes estudios. El 70-80% de los pacientes con EMARs tiene alguna comorbilidad, y en el 50-60% esa comorbilidad, es con el eje I, siendo los trastornos más frecuentes los depresivos.

308

El objetivo de este estudio es describir y determinar la prevalencia de trastornos depresivos y el impacto en la transición a psicosis en los sujetos con EMARs.

Método: 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. Criterios de inclusión para los pacientes EMARs: entre 10 y 17 años, uno o más criterios de EMARs según se formulan en la entrevista SIPS, no presentar el diagnóstico de trastorno psicótico, enfermedad neurológica, retraso mental o trastorno del espectro autista. Evaluamos los pacientes con la K-SADS-PL, HDRS y SIPS. La evaluación clínica se recoge en la entrevista basal y a los 12 meses de seguimiento. Los análisis estadísticos se realizan con el programa SPSS 20.0.

Resultados: 34 sujetos EMARs fueron incluidos. A los 12 meses 10 sujetos transitaron a psicosis (15.3 ± 1.75 años, rango: 11.50 – 17.50 años, 60% mujeres) y 24 EMARs no presentaron transición (15.58 ± 1.76 años, rango 11.50 – 17.50 años, 62.5% mujeres), siendo la ratio de transición a psicosis del 29%. La prevalencia de trastorno del estado de ánimo a lo largo de la vida y a nivel basal se evaluó con la K-SADS-PL, siendo en EMARs que no transitaron, 30% y 40% respectivamente, y en EMARs que transitaron a psicosis, 42% y 54%. No se han encontrado diferencias significativas en las puntuaciones de HDRS entre los sujetos EMARs que transitaron y no transitaron a psicosis ($p=0.894$). Se han encontrado correlaciones positivas entre las puntuaciones de la HDRS y los ítems de la SOPS en sujetos con EMARs que transitaron a psicosis en P1, N2, D3, D4 y D total, y en los sujetos con EMARs que no transitaron en D4 y G3.

Conclusión: Los resultados no muestran diferencias significativas entre las puntuaciones de la HDRS de sujetos EMARs que transitaron y no transitaron. Esto confirma que la comorbilidad tanto a lo largo de la vida como en la entrevista basal con los trastornos del ánimo no tiene efecto en la transición a psicosis.

98. A STUDY OF SELF-RECOGNITION IN EARLY ONSET SCHIZOPHRENIA AND AUTISM

Gaelle Keromnes, Valeria Scandurra*, Roberto Canitano*, Moritz Wehrmann, Alain Berthoz, N. Jaafari, Sylvie Tordjman

Pôle Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (PHUPEA), Université de la Méditerranée CHGR, Laboratoire LPP, Université Paris Lodron et CNRS, Collège de France, Paris, France, University of Child and Adolescent Neuropsychiatry, University Hospital of Siena, Siena, Italy.

The diagnosis of Early Onset Schizophrenia (EOS) is limited by the lack of developmental perspectives offered by international classification systems. Several authors question the relationships between Autism and EOS. Clinical observations suggest that these disorders share self-consciousness difficulties with primary difficulties in self-other differentiation. Here we have studied self-recognition in children and adolescents with EOS compared to children and adolescents with Autism Spectrum Disorders and typically developing controls matched on age, sex and stature. We have also studied how intermodal self-recognition could enhance self-other image differentiation.

We have used a double mirror paradigm from the artistic perspective, "Alter Ego" (TM), created by Moritz Wehrmann, based by the idea initiated by A. Berthoz of a self-recognition installation for the study of normal and pathological social interactions. This paradigm was first used for the study of perspective change by B. Thirioux, M. Wehrmann and A. Berthoz and self/other identity by F. Du Boisgucheneuc in N. Jaafari laboratory in Poitiers on Alzheimer patients. Methods: the study group 1 included males and females with a diagnosis of Early onset Schizophrenia $N=11$, mean age= 14,14 SD=1.9. The study group 2 included children and adolescents with a diagnosis of Autism Spectrum Disorder according to DSM-V criteria based on clinical and Autism Diagnostic Observation Schedule-second edition (ADOS-2) evaluation: Mean age= 10,9. SD=1,9. The control group was made up of $N=20$ patients, mean age= 12.3 SD=1.4.

Mirror test was administered according to the protocol of this experimental procedure: a system of two mirrors that allows the overlapping of the images of two faces that has to be differentiated by the patient (1).

We shall report preliminary results that patients with EOS as well patients with Autism Spectrum Disorders have difficulties in differentiating their own image from that of the other compared to a group of children and adolescents with typical development. Intermodal sensory perceptual tasks facilitate the differentiation of self image from the image of the other in the typically developing children but not in the two groups of patients.

References:

1. Your face or mine? A transient (induced) visual illusion causes confusion impairs self-referential processes. B. Thirioux, N. Jaafari, M. W. Berthoz (Submitted 2015).
2. Four subjects: Boisgueheneuc, N. Jaafari, B. Thirioux, Audiffier A. Berthoz, "Use of the mirror for Self/other identity in Alzheimer's disease" (in preparation)
3. Self image recognition in Early Onset Schizophrenia: a new experimental paradigm. M. K, thesis of graduation at the Faculty of Medicine 2015, University of Rennes, France.

99. FUNCIONAMIENTO SOCIAL Y DE ROL EN UNA MUESTRA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN RIESGO A DESARROLLAR UN TRASTORNO PSICÓTICO

Dolz Abadia M.1; Tor Fabra J.2; Muñoz D.2; Sintes Estevez A.2; De La Serna E.3; Baeza I.4
Hospital Sant Joan De Déu¹; Hospital Sant Joan De Déu²; Hospital Clínic I Provincial De Barcelona³; Hospital Clínic I Provincial De Barcelona⁴, España

Introducción: El funcionamiento en la vida cotidiana así como la funcionalidad social, son componentes claves de las enfermedades psicóticas. Las fases precoces de la psicosis se han asociado a un peor funcionamiento global en adolescentes (Granö et al., 2011). Alteraciones en el funcionamiento premorbo, como la presencia de baja

funcionalidad social en la adolescencia se ha propuesto como un posible predictor de la conversión a un trastorno psicótico (Tarabox et al., 2013).

Método: Estudio multicéntrico, prospectivo con niños y adolescentes buscadores de ayuda y controles sanos (10-17 años) realizado en el Hospital Clínic de Barcelona y el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Criterios de inclusión: Presencia de uno o más: 1) Síntomas positivos o negativos psicóticos atenuados; 2) Síntomas psicóticos cortos e intermitentes; 3) Familiar de primer o segundo grado con psicosis o trastorno de la personalidad esquizotípico más un deterioro de la funcionalidad global. Criterios de exclusión: Presentar un CI inferior a 70 con dificultades de funcionamiento o diagnóstico de trastorno del neurodesarrollo. Los síntomas prodrómicos fueron evaluados con la entrevista Semiestructurada para Síndromes Prodrómicos. La funcionalidad se evaluó mediante la Escala de Evaluación Global de Funcionamiento, la Escala de Funcionamiento Global: Rol y la Escala de Funcionamiento Global: Social.

Resultados: Se incluyeron un total de 128 sujetos en el estudio. 89 de ellos eran pacientes con síndrome de riesgo para la psicosis (SRP; edad media de $15,09 \pm 1,72$, 58,42% chicas). 38 de los sujetos eran controles sanos (CC; edad media $15,50 \pm 1,50$, 66,6% chicas). No se encontraron diferencias significativas ni en la edad ($p=0,207$) ni en el género ($p=0,379$) entre las dos muestras. Al inicio del estudio, todas las puntuaciones en las escalas de funcionalidad eran significativamente menores en los pacientes con SRP que en los CC. De la muestra SRP, 10 sujetos desarrollaron un trastorno psicótico durante el seguimiento. No se encontraron diferencias basales entre los individuos que posteriormente desarrollaron un trastorno psicótico con los que no, en términos de funcionalidad.

Discusión: Los adolescentes en riesgo a desarrollar un trastorno psicótico muestran peor funcionamiento global, social y de rol que los controles sanos al inicio del estudio tal y como se observa en la literatura (Granö et al., 2011). En términos de valor predictivo, la funcionalidad no parece ser una buena característica discriminativa entre pacientes que desarrollan un trastorno psicótico con los que no.

100. ¿PSICOSIS Y AUTISMO? REVISIÓN DEL IMPACTO DE LAS ALTERACIONES DE LA PERCEPCIÓN Y DEL PENSAMIENTO EN NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO A RAZÓN DE 2 CASOS CLÍNICOS

*Cabús Piñol G.; Brótons Sánchez L.
CSM Ezkerraldea Na. Osakidetza, España*

Introducción: El trastorno del espectro del autismo (TEA) se caracteriza por la presencia de déficits persistentes en comunicación social e interacción social y patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses. Sin embargo, pueden presentar patología comórbida que puede ser de difícil diagnóstico por las dificultades en las delimitaciones clínicas, como por ejemplo la presencia de experiencias psicóticas.

Método: Se describen dos casos clínicos previamente diagnosticados de trastorno generalizado del desarrollo sin especificación. En ambos casos se obtiene el diagnóstico con la aplicación de la escala de observación para la detección del autismo (ADOS-G), entrevistas con los padres, coordinaciones con el centro escolar y observaciones clínicas. Se analizan las alteraciones presentadas en la percepción, forma del pensamiento, y los factores externos e internos que intervienen en la aparición de dicha clínica. Finalmente, se realiza una búsqueda bibliográfica en Pubmed con los términos “(psychosis children) AND autism spectrum disorder”, analizando la presencia de experiencias psicóticas en el autismo.

Resultados: En ambos casos clínicos se presentan inicialmente unas imágenes internas que los sujetos describen como agradables, comparándolas a un juego imaginario por sus características y tono jovial que adquieren, y que posteriormente, se convierten en angustiosas, desagradables e intrusivas. La clínica mejora en ambos casos con la introducción de un neuroléptico, en uno de los casos con asociación a clonidina. La angustia adquiere un papel muy importante en el desarrollo de la clínica y su tratamiento. Las alteraciones formales del pensamiento condicionan una mayor severidad en estos casos, sin por ello marcar un cuadro prodrómico de psicosis.

Conclusiones: Los niños con un trastorno del espectro del autismo pueden presentar imágenes eidéticas con contenido fóbico y angustioso. La presencia de una alteración formal del pensamiento como es un pensamiento perseverante o desorganizado puede predecir una mayor severidad en la clínica de los niños con TEA. La presencia conjunta de un trastorno en la percepción y en la forma del pensamiento configuran experiencias psicóticas en el niño, aunque por ello no desencadene el inicio de un cuadro prodrómico o una esquizofrenia. El uso de neurolépticos puede ayudar a disminuir la angustia en estos casos, aunque ya que valorar los beneficios y riesgos de dicho tratamiento.

101. OBSESSIVE COMPULSIVE SYMPTOMS IN CHILD AND ADOLESCENT AT HIGH RISK OF DEVELOPING PSYCHOSIS. PREVALENCE AND CLINICAL CORRELATES

*Carulla-roig M.1; Tor J.2; Pardo M.1; De La Serna E.3;
Baeza I.3; Dolz M.1
Hospital Sant Joan De Deu¹; Fundació Hospital
Sant Joan De Déu²; Hospital Clínic I Provincial De
Barcelona³, Barcelona*

Introduction: The prevalence of obsessive compulsive disorder (OCD) in schizophrenia ranges from 12%-30%. Obsessive compulsive symptoms (OCS) are more prevalent in subjects with Psychosis Risk Syndrome (PRS) or at high risk for psychosis, and are associated with increased levels of positive symptoms, depressive symptoms and suicidal ideation. Although OCS are related with worse clinical outcome, the association with transition to psychosis still remains controversial.

Method: Prospective, naturalistic and multicentric study conducted in help-seeking child and adolescent population (age 10-17). Inclusion criteria: 1) Attenuated positive or negative symptoms in the previous 12 months; 2) Brief limited intermittent psychotic symptoms; 3) First or second degree relative with schizophrenia or schizotypal disorder plus impairment of functioning. Exclusion criteria: IQ<70 and a diagnosis of neurodevelopmental disorder. The diagnosis of OCD was determined by using the Kiddie-SADS-PL. Prodromal symptoms were assessed by The Semistructured Interview

for Prodromal Syndromes (SIPS/SOPS). Depressive symptoms were assessed by the Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD). OCS were evaluated with the Leyton Obsessional Inventory –Child Version (LOI-CV), a clinician-rated scale for measuring OCS severity and interference.

Results: 87 PRS (mean age 15,15 ($\pm 1,77$); 61,2% females) and 44 healthy controls (HC; mean age 15,58 ($\pm 1,59$); 72,2% females) were recruited. 67 PRS and 36 HC were assessed. 5 patients were diagnosed of OCD according to DSM-IV criteria. 10 patients had been experienced a full-blown psychotic illness (mean age 15,3 $\pm$ 1,75; 60% females). The 30% of converters presented an OCD at baseline. 20% of non converters were diagnosed with OCD. The transition to psychosis was associated with high rates of OCD ($p=0,03$). The diagnosis of OCD was associated with more positive symptoms and disorganized symptoms (SIPS/SOPS $p<0,05$), and more severity (LOI-CV $p=0,01$) and interference (LOI-CV $p=0,03$) of OCS, but not associated with depression (HRSD $p=0,350$). SPSS 19.0 package was used to analyze data performance.

Conclusions: Our findings reported more prodromal symptoms and more conversion to psychosis in high risk population with OCD. Although more longitudinal studies are warranted in PRS, the high prevalence of OCS/OCD, and their relationship to poor outcome in schizophrenia, is relevant if we consider the prodromal phase as an early state of the continuum. Patients should be monitored for OCS, starting with at-risk mental states of psychosis and longitudinal follow-ups, leading to the development of therapeutic interventions such as cognitive behavioral therapy with exposure and response prevention +/- pharmacological treatments.

102. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL TRASTORNO PSICÓTICO EN LA ADOLESCENCIA: ESQUIZOFRENIA VS PSICOSIS DE ORIGEN MÉDICO

Díaz Cosgaya A.; Sesma Pardo E.; Beà Mirabent M.; Kerejeta Lizeaga I.; Fernández Rivas A.; González Torres M. A.
Hospital Universitario Basurto, Bilbao, España

Motivo de ingreso: Adolescente de 17 años que ingresa por descompensación psicótica.

Antecedentes personales: Mayor de dos hermanos, hasta Diciembre 2014 convivía con padres y hermano en el domicilio familiar, posteriormente ha residido en Centro de Justicia. Buen rendimiento escolar hasta 3º ESO.

Antecedentes médicos: NAMC. Fumador, Abuso de cannabis hasta Diciembre 2014. Dermatitis atópica, asma, rinitis alérgica. Intervenido de fimosis.

Antecedentes psiquiátricos: Funcionamiento normalizado hasta septiembre 2014, produciéndose cambio brusco en comportamiento y rasgos de personalidad. Presenta irritabilidad, suspicacia, aislamiento, episodios de heteroagresividad verbal y física, y abandono de toda actividad. Tras internamiento en Centro de Justicia aumentan las conductas agresivas y aparece hipervigilancia, verbalizaciones de perjuicio, risas inmotivadas y desorganización conductual. Comienza seguimiento en consultas de psiquiatría y tratamiento con Risperidona 2mg. Ante escasa adherencia se realiza ingreso hospitalario donde se diagnostica de Trastorno Psicótico no especificado y Tumoración Cerebral. Tratamiento con Paliperidona 100 mg/mes

Enfermedad actual: Ingresos por segunda vez derivado desde psiquiatría ambulatorio por alteraciones de la conducta y agresividad en aumento junto con sintomatología psicótica productiva.

Exploración psicopatológica: Consciente, orientado en las tres esferas, abordable, parcialmente colaborador. Contacto distante, bloqueado, perplejo, actitud contenida. Embotamiento afectivo. Discurso parco, monosilábico, aprosódico. Impresiona de alucinaciones auditivas, soliloquios, fenómenos de robo e inserción del pensamiento. Ideación delirante de perjuicio pobremente estructurada. No auto ni heteroagresividad. No ideación autolítica sistematizada en estos momentos. Nula conciencia de enfermedad.

Pruebas complementarias: RM: Lesión sólido-quística adyacente al atrio ventricular derecho compatible con tumor primario, ganglioglioma como primera

posibilidad. Áreas de realce superficial en colículo inferior derecho y entre las folias cerebelosas sugestivas de siembra aracnoidea.

Analítica general sin alteraciones groseras

LCR: Bioquímica estándar, ADA y citología normal. Bandas oligoclonales. Cultivo estándar, hongos y BK. PCR virus herpes, enterovirus.

EEG: Foco irritativo temporo-rolándico bilateral sobre actividad de fondo lentificada.

Evolución: Presenta quejas de cefalea, alteraciones conductuales, verbalizaciones delirantes, episodios de desorientación temporal, fallos amnésicos, escasa conexión con el medio. Presenta crisis convulsiva por lo que es valorado por neurología y trasladado a su servicio. Se inicia tratamiento con clozapina hasta 200 mg/día ante persistencia de clínica psicótica productiva, con buena tolerancia a pesar de cierta somnolencia. Se produce una mejoría en la esfera conductual, disminución de agresividad, irritabilidad, ideación delirante y alucinaciones. Al alta continúa seguimiento en consultas de psiquiatría y neurocirugía estando pendiente de intervención quirúrgica.

Diagnóstico: Neoplasia cerebral interventricular (probable ganglioma)

Crisis epilépticas secundarias

Trastorno psicótico debido a afección médica.

103. SÍNDROME DE RIESGO DE PSICOSIS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: EL PAPEL DE LOS ACONTECIMIENTOS ESTRESANTES

Baeza Pertegaz I.1; De La Serna Gómez E.2; Puig Navarro O.1; Muñoz D.3; Tor J.4; Dolz Abadía M.5
Hospital Clínic I Provincial De Barcelona¹; Cibersam-hospital Clínic²; Hospital Sant Joan De Déu³; Fundació Hospital Sant Joan De Déu⁴; Hospital Sant Joan De Déu⁵, Barcelona, España

Introducción: En los últimos años, ha habido un cambio en el abordaje de los pacientes con trastorno del espectro esquizofrénico, focalizándose en la prevención y la detección precoz, para mejorar el pronóstico

(McGorry, 2008), definiéndose el concepto de “ultra-riesgo de psicosis” (Miller et al, 2002) o “síndrome de riesgo de psicosis” (SRP, Correll et al, 2010). Sin embargo, su uso en niños y adolescentes es reciente y existen pocos estudios en esta población (Tor y cols., enviado para publicación), con muestras pequeñas.

Objetivos: Comparar las características sociodemográficas, clínicas y de tratamiento de una muestra de sujetos SRP y controles sanos.

Método: Estudio longitudinal de sujetos que buscan ayuda a un servicio de salud mental (“help-seekers”) que cumplen criterios de SRP, realizado en los servicios de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil del Hospital Clínic y Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona). Criterios de inclusión: 1) Síntomas positivos o negativos atenuados en los 12 meses previos; 2) Síntomas psicóticos breves e intermitentes; 3) Familiar de 1º o 2º grado con trastorno psicótico ó diagnóstico del paciente de Trastorno esquizotípico+ disminución del funcionamiento; edad: 10-17 años. Criterios de exclusión: CI < 70 o trastorno del espectro autista. Basalmente se administró la entrevista/escala “Semistructured Interview for Prodromal Syndromes”/“Scale of Prodromal Symptoms” (SIPS/SOPS) en castellano para evaluar el riesgo de psicosis, varias escalas (GAF, Young, Hamilton, LSP, SLES, etc.) y la entrevista diagnóstica K-SADS-PL. Se registraron los tipos de tratamiento. Se reclutaron controles sanos apareados por sexo y edad. Criterios de exclusión: familiar de primer o segundo grado con un trastorno psicótico y CI < 70. La misma evaluación fue realizada a los controles.

Resultados: Se incluyeron 82 sujetos (15,1±1,8 años; 41,7% varones) y 37 controles (15,5±1,5 años; 35,1% varones). Los sujetos SRP tenían más padres divorciados ($\chi^2=13,295$, $p=0,010$), repitieron más cursos académicos ($\chi^2=12,587$, $p<0,001$), tenían mayor nº de acontecimientos vitales estresantes y mayor afectación subjetiva ($t=-3,617$, $p<0,001$; $t=-4,187$, $p<0,001$) que los controles. 75,8% de sujetos SRP vs. ningún control ($\chi^2=50,510$, $p<0,001$) cumplían criterios de un trastorno DSM-IV: trastorno depresivo: 37,5%; ansiedad: 15,7%; TDAH: 10,9%; TND/TC: 6,3%, TCA: 1,6%. 58,2% tenía un segundo diagnóstico. 94,7% de sujetos SRP hacían algún tratamiento vs 16,7% de controles

($\chi^2=65,215$, $p<0,001$): 16,9% solo psicológico, 31% sólo farmacológico, 49,3% combinado y 1, 4% psicopedagógico.

Conclusiones: Los sujetos PRS presentaban mayor estrés que los controles medido de forma subjetiva, tenían mayor nº de diagnósticos y recibían más tratamiento, más frecuentemente psicológico-psiquiátrico. Es importante estudiar el papel del estrés en estos sujetos.

104. EVALUATING THE TREATMENT OF PSYCHOSIS IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

Stevens L.; Singh K.

Clinical Professor, LSU Health Shreveport, Department of Psychiatry

Medical School Graduate, New Orleans, LU, USA

About 12 million or 1 out of 8 patient visits to the emergency department (ED) have behavioral disturbances. Emergency physicians and psychiatrists agree only about 67 % to 85% on the diagnosis and treatment. There is more disagreement among mood disorder (33%) than any other behavioral disorder (15%) such as suicidality, alcohol or drug abuse, psychosis and grave disability. About 16% of emergency physicians did not feel involuntary psychiatric admission was necessary in comparison to a psychiatrist, and 11% of emergency physician felt that the patient could be discharged comparison to a psychiatrist. Studies show that 38 % percent of patient that are being discharged from the ED from medical clearance have a mortality rate of 14% in the proceeding three months, which is a higher mortality rate compare to other minor illness. Another factor that contributes to treatment of behavioral disorder is the lack of mental health specialists available. Out of 243 emergency departments across the state of California, only 51% have a mental health specialist on call. In rural areas, this percentage vastly drops to less than 25%. About 23% of California ED reports discharging patients with suicidal ideations without an evaluation by a psychiatrist. Disagreement between the emergency physicians and psychiatrist is based on many factors including the amount of training that emergency physicians are given in psychiatry and access to patients' prior psychiatric records. A recent survey also concludes

that among emergency medicine residency program directors statewide, 76% reported that their program offers no formal training in the management of psychiatric patients and only about 14% reported offering a 1-month psychiatry rotation. Improvements in screening processes or more training in psychiatry for emergency physicians could lower the risk of patients being discharged while they continue to have mental illness.

105. LOS SÍNTOMAS PSICÓTICOS SUBCLÍNICOS (PSYCHOTIC – LIKE EXPERIENCES) EN POBLACIÓN CLÍNICA INFANTO-JUVENIL SIN TRASTORNO DEL ESPECTRO DE LA PSICOSIS

Sintes Estevez A.; Portolés Costa L.; Tor Fabra J.; Muñoz Samons D.; Sánchez Fernández B.; Dolz Abadía M.

Servicio Psiquiatría y Psicología. Hospital Materno infantil Sant Joan De Déu, Esplugues De Llobregat, Barcelona

Introducción: Tradicionalmente se asociado la presencia de síntomas psicóticos subclínicos con el riesgo de psicosis o de trastorno límite de la personalidad.

No obstante, también se ha observado la elevada incidencia de estos síntomas en población infantojuvenil no clínica. Por ejemplo, Yung et. al. (2009) observaron que de 875 adolescentes, el 28% había oído voces alguna vez y las alucinaciones e ideas delirantes estuvieron asociadas al riesgo de trastorno afectivo y déficit en la funcionalidad. Sullivan et al (2014) estudió a 7632 adolescentes y demostró que las experiencias psicóticas referidas a los 12 años se asociaron al desarrollo de sintomatología depresiva a los 18. Poulton et al (2000), evaluaron longitudinalmente a 761 sujetos de 11 años y observaron que haber referido experiencias psicóticas fue un buen predictor de alto riesgo para el desarrollo de un TEP a los 26 años, pero no observaron mayor riesgo para el desarrollo de un trastorno afectivo.

Método: Análisis descriptivo de las características clínicas de los pacientes que fueron ingresados en la Unidad de hospitalización psiquiátrica infantojuvenil de Sant Joan de Déu por la presencia de síntomas psychotic-like.

Resultados: Se estudió una muestra de 479 pacientes (ingresados entre diciembre del 2013 y diciembre del 2015). De éstos, un subgrupo de 77 pacientes ingresó por presentar experiencias psicóticas. De ellos, 46 recibieron un diagnóstico de Trastorno del Espectro de la Psicosis (TEP), y los otros 31 (casi el 40%) no. De estos últimos, 12 fueron diagnosticados de Trastorno Afectivo, 7 de Trastorno del Espectro del Autismo (TEA), 6 eran Trastornos Adaptativos, y los otros 6 recibieron otros diagnósticos.

En cuanto a los síntomas psychotic-like de este subgrupo sin psicosis, fueron frecuentes los síntomas psychotic-like positivos (n= 26, 83,9%). De estos 26 chicos, 17 presentaron alucinaciones, 5 ideas delirantes, 3 presentaban desorganización, y uno de ellos refería despersonalización. Destacó que entre los pacientes no psicóticos con alucinaciones, 3 recibieron el diagnóstico de TEA, 7 de trastorno afectivo (depresivos), 2 sujetos fueron filiados como un trastorno adaptativo y 5 con los otros diagnósticos.

Conclusión: Los síntomas psychotic-like como motivo de ingreso fue poco frecuente en la unidad de hospitalización, siendo relativamente frecuente la presencia de este tipo de síntomas entre sujetos que no reciben el diagnóstico de psicosis.

Los datos, se orientan en la dirección de la literatura actual, que destaca la elevada frecuencia de síntomas positivos en pacientes no psicóticos, y la asociación de éstos síntomas afectivos.

GAP: Tradicionalmente se asociado la presencia de síntomas psicóticos subclínicos con el riesgo de psicosis o de trastorno límite de la personalidad.

No obstante, actualmente existen datos procedentes de investigación sobre las experiencias psychotic-like, tanto en población general, como en población clínica, que aportan elementos de controversia y confusión al respecto.

Según los datos procedentes de estudios epidemiológicos y clínicos se pone de manifiesto que estos síntomas, además de asociarse al riesgo del desarrollo de psicosis o trastorno límite de la personalidad, podrían asociarse al desarrollo de otros tipos de trastornos (como los afectivos) o incluso podrían no asociarse al mayor riesgo de sufrir un trastorno mental, siendo variaciones

de la personalidad normal.

Además, según los datos de investigación disponibles, no todos los tipos de sintomatología psychotic-like (positiva o negativa) se asociarían del mismo modo al riesgo de desarrollo de psicopatología, pudiendo existir diferencias entre la clínica psicótica subclínica en cuanto a su capacidad para predecir el desarrollo de un trastorno mental del espectro de las psicosis.

Objetivos: El objetivo es observar los diagnósticos al alta de estos niños y adolescentes, y describir de modo más detallado las características clínicas de los sujetos que no recibieron un diagnóstico dentro del espectro de la psicosis, además de observar el tipo de síntomas psychotic-like que refirieron al ingreso dichos sujetos.

106. PREVALENCIA, VARIABLES CLÍNICAS E IMPACTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA CONVERSIÓN HACIA PSICOSIS EN ADOLESCENTES EN ALTO RIESGO DE DESARROLLO DE PSICOSIS

Espadas M.1; Carulla M.2; Tor J.2; De La Serna E.3; Dolz M.2; Baeza I.3

Hospital Sant Joan De Déu¹; Hospital Sant Joan De Déu²; Hospital Clinic I Provincial De Barcelona³, Barcelona, España

Introducción: La fobia social ha sido identificada como el diagnóstico más frecuente en los sujetos con alto riesgo para psicosis. Sin embargo, se sabe poco del papel de la ansiedad en la transición a psicosis. Algunos estudios encontraron que la ansiedad podía preceder en estos pacientes a la aparición de un trastorno bipolar o psicótico. Sin embargo, sigue siendo un tema controvertido. El objetivo de este estudio es investigar la prevalencia de los trastornos de ansiedad en los pacientes en riesgo para psicosis y la asociación con la posterior transición a la psicosis.

Método: Estudio prospectivo, naturalístico y multicéntrico realizado en población infantil y adolescente (edad 10-17). Criterios de inclusión: 1) Síntomas positivos o negativos atenuados en los 12 meses anteriores; 2) Síntomas psicóticos breves intermitentes:

3) Familiar de primer o segundo grado con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizotípico más deterioro del funcionamiento. Criterios de exclusión: CI <70 y un diagnóstico de trastorno generalizado del desarrollo.

La psicopatología se evaluó mediante la entrevista semiestructurada para Síndromes Prodrómicos y escala de síntomas prodrómicos (SIPS / SOP) y la entrevista semiestructurada Kiddie-SADS-PL. Se utilizó SPSS 19,0 para realizar el análisis de datos.

Resultados: Se reclutan un total de 89 pacientes (media de 15,09 años ($\pm 1,72$); 58,4% mujeres). El 50% de los pacientes que transitan a psicosis (media de 15,3 años ($\pm 1,75$); 60% mujeres) presentan un trastorno de ansiedad al inicio del estudio. El 20% de los que no transitan (media de 15,07 años ($\pm 1,73$); 58,2% mujeres) fueron diagnosticados de un trastorno de ansiedad.

Hay no se detectan ni en edad ($p = 0,693$) ni en sexo ($p = 0,915$) diferencias entre los pacientes. La transición a la psicosis se asocia con altas tasas de trastornos de ansiedad ($p = 0,037$). El diagnóstico de la ansiedad se correlacionó con un síntoma atenuado negativo (N4 = restricción emocional ($p = 0,057$; $r = 0,21$)). En los pacientes con ansiedad se observó una tendencia a tener síntomas negativos atenuados pero sin mostrar significación estadística ($p = 0,069$; $r = 0,198$).

Discusión: La mayoría de estudios informan de altas tasas de ansiedad en pacientes con síntomas psicóticos atenuados, más específicamente con síntomas positivos atenuados. Sin embargo, en nuestro estudio, encontramos esta asociación con los síntomas negativos atenuados en pacientes que posteriormente transitaron a la psicosis.

Se necesitarían más estudios longitudinales en población de riesgo para psicosis para aclarar esta asociación.

107. PSYCHIATRIC COMORBIDITIES IN AUTISM SPECTRUM DISORDER; A COMPARATIVE STUDY BETWEEN DSM-IV TR AND DSM-5 DIAGNOSIS

Gonzalez M1. R. Romero M1,3 , Aguilar J5, Del-Rey-Mejías A2, Mayoral F5 , Rapado M2 , Peciña M6, Barbancho MA3, Ruiz-Veguilla M 4, Lara JP. 3

(1) Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience. King's College London. UK; (2) Department of Child and Adolescent Psychiatry, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, CIBERSAM, IISGM, School of Medicine, Universidad Complutense, Madrid, Spain. (3) Universidad de Málaga. Andalucía TECH-IBIMA. Unidad de Neurofisiología Cognitiva. Centro de Investigaciones Médico-Sanitarias (CIMES). Málaga, España. (4) Institute of Biomedicine, Sevilla (IBIS). Virgen del Rocío Hospital. University of Sevilla. (5) Childhood and Adolescent Mental Health Unit. Carlos Haya Hospital, Málaga. Spain. (6) Department of Psychiatry, University of Michigan, Spain, UK and USA

We carried out a co-morbidity comparative study between a sample of patients with Pervasive Developmental Disorder according to the DSM IV-TR criteria and a sample of patients with clinical diagnosis of Autism Spectrum Disorder according to DSM 5.

Method: The recruitment of children was via educational, the total sample of community patients who met inclusion criteria was $n=123$. All patients had clinical diagnosis for Pervasive Development Disorder (DSM IV-TR/ICD-10 checklist). Out of these children, 46% met also the clinical diagnosis for Autism Spectrum Disorder according to the application of DSM-5. The psychiatric symptoms, comorbid disorders and severity of symptoms were assessed through The Nisonger Child Behavior Rating Form, clinical interview and The Inventory of Autism Spectrum Disorder respectively. The psychiatric co-morbidities considered were: anxiety, eating behavioral problems, self-aggressiveness, hetero-aggressiveness, self-harm, obsessive compulsive disorder and attention deficit and hyperactivity disorder.

Results: Statistically significant differences between both groups in obsessive compulsive disorder ($p<0.001$), eating behavioural problems ($p<0.05$) and severity ($p<0.001$), were found.

Conclusions: We support the hypothesis that patients who meet the DSM 5 criteria have more severe symptoms, not only regarding the core autistic symptoms but also in relation with psychiatric co-morbidities.

108. ESTUDIO SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN LA USMIJ DE ALGECIRAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Diago Labrador C.1; Ruano Hernández T.2; Trujillo López V.3

Consulta Privada Psiquiatría¹; Consulta Privada Psicología²; Hospital Punta Europa, Pir-4³, Algeciras, España

Introducción: El término Trastorno de Espectro Autista ha sido incluido en el nuevo manual diagnóstico DSM-5 pertenece a los Trastornos del Neurodesarrollo e incluye al Trastorno Autista. Los datos alertan del aumento de la prevalencia del TEA, informando que hemos pasado de identificar un caso de autismo por cada 2500 niños hace veinticinco años, a uno de cada 150 en la actualidad, incluyendo todo el espectro.

Además la diversa bibliografía describe como factor de riesgo de presentar el trastorno, el sexo masculino. También muestran que la edad promedio en la que se realiza el diagnóstico es a los seis años.

Objetivos: Con este estudio pretendemos conocer la situación del TEA en el Campo de Gibraltar y su concordancia o no con los datos aportados por la bibliografía. En concreto aquellas cuestiones relacionadas con las características de la muestra, distribución, prevalencia y edad a la que realizamos el diagnóstico en nuestra área.

Metodología: La muestra se compone de 225 niños y niñas menores de 18 años en seguimiento durante 2014 (Enero a Diciembre) en la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil de Algeciras (Hospital Punta Europa). La recogida de datos se realizó sobre las historias de papel e historias informatizadas en el programa informático Diraya y se analizó mediante el programa de análisis estadístico SPSS.

Resultados: Nuestra muestra está compuesta por 180 niños frente a 45 niñas, proporción de 4:1. Además la mitad de la muestra pertenece a la ciudad de Algeciras, mientras la otra mitad se distribuye por el resto de los

municipios que componen el Campo de Gibraltar, siendo La Línea uno de los más frecuentes. También encontramos que el 2013 es el año en que más seguimientos se han realizado a niños con TEA y que más derivaciones se han recibido en la USMIJ de Algeciras por esta causa. Por último, analizamos la edad a la que es más frecuente el diagnóstico en nuestra muestra, siendo 4 años la moda, de 3 a 6 años el intervalo más frecuente.

Conclusiones: Nuestros resultados van en la línea de los datos que aporta la bibliografía. Existe una tendencia ascendente de la prevalencia del TEA y éste trastorno se presenta más entre la población femenina. Respecto la edad promedio al diagnóstico, nuestro estudio determina que ésta es más temprana a lo referido por otras investigaciones.

109. EXISTÍA SOSPECHA DIAGNÓSTICA DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN LOS MENORES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL DE ALGECIRAS

Álvarez Montoya A. M.1; Trujillo López V.2; Diago Labrador C.1

Consulta Privada Psiquiatría¹; Hospital Punta Europa², Algeciras, España

Introducción: El TEA ésta suscitando gran interés en los círculos científicos y clínicos de los últimos tiempos. Este concepto ha sido utilizado como categoría diagnóstica por primera vez en el DSM-5 e incluye a los siguientes trastornos: Trastorno Autista, Trastorno desintegrativo infantil, Trastorno de Asperger y Trastorno del desarrollo no especificado. Con el fin de arrojar luz y continuar ampliando conocimiento sobre su etiología, presentación y evolución se están realizando numerosas investigaciones descriptivas y analíticas en la actualidad.

Objetivo: En este estudio pretendíamos conocer todos los detalles relativos a la derivación de estos niños y niñas, que más tarde son diagnosticados de TEA. Nos interesaba saber si previo a realizar la derivación al servicio de salud mental infanto-juvenil, su pediatra había cumplimentado el MCHAT. Así como, cuál era el motivo de derivación,

si existía o no sospecha y en el caso de haberla, que otras variables se relacionan.

Método: La muestra se compone de 225 niños y niñas menores de 18 años en seguimiento durante 2014 (Enero a Diciembre) en la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil - Algeciras (Hospital Punta Europa). La recogida de datos se realizó sobre las historias de papel e historias informatizadas en el programa Diraya y se analizó mediante el programa de análisis estadístico SPSS.

Resultados: Encontramos un creciente aumento en el número de derivaciones de menores que posteriormente han sido diagnosticados de este trastorno. De este total, un 73,3% ya consultaba por sospecha TEA como motivo de consulta, y solo el 19% traía cumplimentado el MCHAT (prueba screening realizada en atención primaria a mayores de 18 meses, que da una puntuación y orienta o no hacia la existencia del diagnóstico). Además variables como haber sido valorado por neuropediatra, acudir o haber acudido a atención temprana y la edad a la que se realiza el diagnóstico se relacionan con el motivo de consulta. De igual modo, parece que la edad correlaciona con la sospecha, son los más pequeños los derivados por este motivo.

Conclusiones: Nuestros datos indican que las características de los niños derivados por sospecha de TEA son: los más pequeños y los que más acuden a otros servicios (neuropediatra y atención temprana). Sería interesante preguntarnos si los más tempranamente diagnosticados y que por tanto también son tratados por atención temprana, son también los más sintomáticos o de mayor gravedad así como si pertenecen a categorías distintas dentro de la gran categoría TEA.

110. NIÑOS Y JÓVENES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA, SUFREN MAYOR ACOSO ESCOLAR

Ruano Hernández T.1; Trujillo López V.2; Diago Labrador C.3

Consulta Privada Psicología¹; Hospital Punta Europa Pir-4²; Clínica Privada Psiquiatría³, Algeciras, España

Introducción: Entendemos que el contexto escolar cumple una función importante en la infancia. El TEA se caracteriza por dificultades persistentes en la comunicación social y la interacción, y por patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses. Todo ello presente desde la infancia temprana, causando limitaciones y no pudiéndose explicar por discapacidad intelectual o por el retraso global del desarrollo. Estas características pueden dificultar la adaptación o funcionamiento de algunos de estos menores en la escuela.

Objetivo: Es por ello que con este estudio pretendíamos conocer las características de la población TEA respecto estas variables.

Método: Utilizamos las historias clínicas de papel e informatizadas, los datos procedentes de informes psicopedagógicos y los analizamos mediante el programa estadístico SPSS, realizando descripciones de variables y correlaciones (Chi-cuadrado) con un nivel de significación de 0,01.

Resultados: Tan solo obtuvimos información sobre el CI de 27 menores de la muestra de 225. No se encuentran datos que indiquen la existencia de relación entre este diagnóstico y el CI. Del total de la muestra, un 30,2% acude a aula ordinaria, un 45,8% acude a aula de apoyo, un 16,4% a aula específica y un 7,6% a centro específico. De los 225 menores, casi el 21% ha sufrido o sufre acoso escolar, frente al 6% que señalan los estudios, en menores sin este diagnóstico. Parece que aunque estadísticamente no es significativo, existe una tendencia mayor de acoso en modalidades educativas menos específicas, en varones, entre los niños de mayor edad y los que tienen un trastorno comórbido (TDAH).

Conclusiones: Sería interesante ampliar los datos sobre el CI de estos menores para poder realizar la afirmación de no relación con mayor sustento estadístico. Además continuar aumentando el número de variables relativas al contexto escolar, puede ayudar a mejorar el conocimiento, la evaluación y por tanto la intervención de estos niños y niñas, y consecuentemente su calidad de vida.

**111. ASSOCIATION BETWEEN
ANTIDEPRESSANTS USE DURING
PREGNANCY AND AUTISM SPECTRUM
DISORDERS: A METAANALYSIS**

Rais T.1; Singh A. P.2; Kaur H.2; Singh T.2
University of Toledo School of Medicine and Life
Sciences¹; Community Psychiatry², Toledo OH, USA

Introduction: The antidepressants were reported in several studies in the literature as been associated with development of Autism Disorders (ASD) Symptoms in children exposed to them during the time of their mothers' pregnancy.

Methods: We searched the PUBMED, MEDLINE, PsycARTICLES and ERIC for original articles published January 1983 and May 2013 to identify studies on the association between ASD, neurodevelopment delays in children and exposure to antidepressants during mother's pregnancy.

We retained only 3 articles that were pertinent to the purpose of our study. We extracted the available data in Excel files and then did a meta-analysis. The final results showed a positive association between the exposure to antidepressants in utero and ASD.

Results: The purpose of this meta-analysis was to review the literature for the last 30 years for studies that

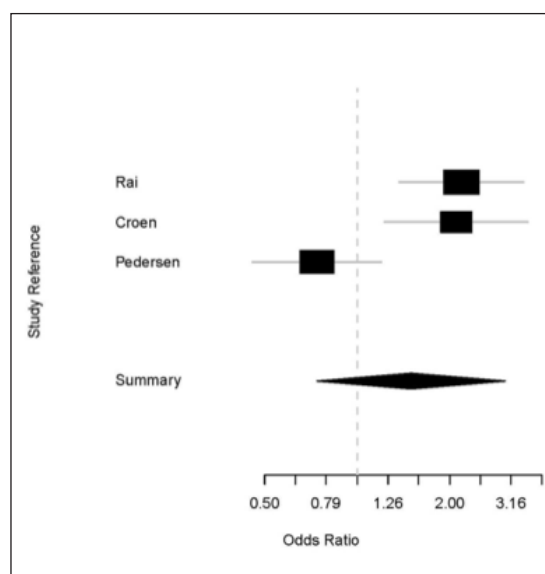
look for an association between the mother's exposure to antidepressants during pregnancy and the appearance of ASD symptoms or neurodevelopment delays in their children.

The finding of this meta-analysis shows that there is a possible association between the exposure to antidepressants during mother pregnancy and the development of ASD symptoms in child. The articles taken separately showed each one of them a positive association between antidepressants exposure and ASD or antidepressants exposure and some neurodevelopment milestones. The sample was heterogeneous and this is a major limitation of this work. It is likely that a stratified meta-analysis working only with the first two articles that have similar sets of data would have produced more convincing results. The forest plot diamond showed that altogether the positive association between antidepressants and ASD symptoms is very likely.

Conclusion: Altogether the results of this work have demonstrated an association between the exposure to antidepressants and ASD and this could certainly open an avenue for further work and awareness in the future.

Article	Design	N	C	Nad	Cad	Status	OR	CI
Rai et al, 2013	Nested C-C	4429	43277	1679	16845	Lo-gistic Reg	3.34	1.5-7.47
Croen et al, 2011	Popula-tion Based C-C	298	1507	70	1735	Un-conditional Logistic Reg	2.1	1.2-4.3
Ped-ersen et al, 2010	Popula-tion nested C-C	313	363	31	47	Lo-gistic Reg	1.5	1.1-2.0

Table 1. ARTICLES REPRESENTING THE DATA SET WE SELECTED FOR OUR WORK



112. DESCRIPTIVE STUDY: FUNCTIONAL IMPAIRMENT RELATED TO ADHD SYMPTOMS IN A SAMPLE OF CHILDREN WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDER

*Treen D.1; Orozco Z.2; Piera E.3; Pàmias M.3
Hospital Del Mar¹; Centro Hospitalario Benito Menni²;
Corporació Sanitària Parc Tauli³, Sabadell, España*

Introduction: During the last ten years there has been an increased prevalence of both attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and autistic spectrum disorders (ASD). Although these two disorders are defined by impairment in different areas, research shows that between 30 and 50% of individuals with ASD manifest ADHD symptoms and two-thirds of Individuals with ADHD show features of ASD. These two disorders even when presented alone cause significant behavioural, academic, emotional, social and adaptive problems at home, school and in other important life areas.

The Weiss Functional Impairment Rating Scales (WFIRS) was designed for patients with ADHD, being a specific instrument to measure the degree of impairment in different areas. The WFIRS specifically quantifies how the individual's behaviour or emotional problems impact on various clinically-relevant domains of functioning: Family, Life Skills, Self-Concept, Social Activities, Learning & School and Risky Activities.

Objective: The objective of this study was to make a descriptive analysis of the functional impairment measured with the WFIRS in a sample of 50 ASD subjects, to evaluate whether functional impairment typically associated with ADHD is also present in ASD subjects.

Methods: The WFIRS-P scale was administered to fifty parents of patients with an ASD diagnosis attended at CSMIJ (Center of child mental health) of Hospital Parc Tauli Sabadell.

Results: Data from fifty subjects with an ASD diagnosis was analysed. An 88% of the subjects were Male and the mean age was 7'96 years. Results show a higher percentage of children with no impairment in all the measured domains (table1), it is noted that higher difficulties are present in Life skills and Social activities, congruent with the disorder's characteristics.

Conclusion: ADHD is defined by impaired functioning in the areas of attention, hyperactivity, and impulsivity, while ASD is defined by altered social communication and restrictive-repetitive behaviours, interests or activities. Regardless the difference between them, these two disorders often share difficulties in attention, communication with peers, social inadequacy, pragmatic language, hyperactivity and impulsivity. These wide range of difficulties cause functional impairment in several areas. Herein we can see that children with an ASD present impairment (measured with a scale originally created for patients with ADHD) in several areas, especially in Life Skills and Social Activities. Meaning this that both ASD and ADHD can cause similar functional impairment in specific life areas.

113. FUNCTIONAL IMPAIRMENT: COMPARISON BETWEEN ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AND AUTISTIC SPECTRUM DISORDERS

*Treen D.1; Piera E.2; Orozco Z.3; Pàmias M.2
Hospital Del Mar¹; Corporació Sanitària Parc Tauli²;
Centro Hospitalario Benito Menni³, España*

Introduction: As neurodevelopmental disorders, attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and autism spectrum disorder (ASD) share phenotypic similarities but they are characterized by different diagnostic criteria. ASD is defined by social communication dysfunction and restricted/repetitive behaviours/interests/activities while ADHD is defined by altered functioning in the areas of attention, hyperactivity, and impulsivity. Despite the principal symptom differences, between 30-50 % of individuals diagnosed with ASD also exhibit ADHD symptom and two-thirds of individuals with ADHD present ASD symptoms. The co-occurrence of several symptoms like attentional difficulties, behavioural problems, language and communication with peers, hyperactivity and impulsivity, similar neuropsychological impairments in both disorders as well as genetic findings suggest the possibility of common neurobiological substrates. Beyond these similarities, another core aspect rests on the functional impairment in significant life domains caused by the child's symptoms. The Weiss Functional Impairment Rating Scale – Parent Report (WFIRS-P) assesses ADHD symptoms and to what degree these

problems impact various clinically-relevant domains of functioning.

Objective: The objective of this study was to asses if there was a significant difference in functional impairment related to ADHD symptoms between a sample of 50 patients with ADHD and a gender-age matched sample of 50 patients with an ASD.

Methods: The WFIRS-P scale was administered to one hundred parents of patients attended at CSMIJ (Center of child mental health) of Hospital Parc Tauli Sabadell. The subjects were divided in two different groups, the first one formed by 50 subjects with an ADHD diagnosis and the second one formed by 50 subjects with an ASD diagnosis following the DSM 5 criteria. Subjects were matched by age and gender.

Statistical analysis: We conducted a chi-square test to determine the presence of significant differences between samples.

Results: No significant differences were found between the ADHD sample and the ASD sample in any of the clinically relevant domains of functioning. We can observe higher rates of impairment in the ASD group except for the family and school domains where patients with ADHD show greater impairment.

Conclusions: Patients with a diagnosis of ASD show similar rates of functional impairment caused by ADHD symptoms. These results agree with recent findings that show a high percentage of co-occurrence of symptoms in both disorders. The obtained results in this study suggest that the impairment associated to ADHD symptoms is also present in subjects with ASD.

114 . SERIA ÉPICO

*Manso Bazús C.; Garrido Fernandez V.; Ortega Garcia E.
Complejo Asistencial Universitario de León, España*

Antes de establecer un diagnóstico sesgado y a veces difícilmente revocable, nos parece importante realizar una anamnesis exhaustiva y esperar su evolución.

Así presentamos el caso clínico en el que nos disponemos a hacer un diagnóstico diferencial entre

síndrome de Asperger, trastorno esquizotípico y alteraciones de la conducta de origen orgánico. Son 3 patologías muy similares en algunos aspectos clínicos, que no son mutuamente excluyentes y además son diagnósticos bastante lapidarios y todavía con muchas repercusiones sociales y laborales.

Se trata de una adolescente de 13 años, en cuyos antecedentes personales destaca una crisis convulsiva a los 3 años, tratada con ácido valproico. No ha tenido ni tratamiento ni crisis apreciables desde entonces, hasta este último año que comienza con alteraciones de la conducta por lo que se le realiza un EEG en el que se descubren mínimas alteraciones bitemporales iniciándose un tratamiento con antiepilépticos.

También se le diagnostica, en este último año, síndrome de Asperger a raíz de empezar con intereses restringidos hasta acabar aislándose de sus iguales.

Llega a nuestra consulta con estos diagnósticos, y desde el inicio queda patente una idea obsesiva de carácter delirante de temática violenta, iniciándose tratamiento con antipsicóticos. Al no ver clara la situación y dado su difícil manejo, se procede a su ingreso en una unidad infanto-juvenil para ampliar el estudio donde adquiere fuerza el diagnóstico de trastorno esquizotípico.

En este trabajo hablaremos de las diferencias y similitudes entre estas tres patologías mencionadas y de cómo la clínica puede superponerse en diferentes momentos del proceso evolutivo. Consideramos más importante hacer un estudio longitudinal de los casos que un estudio transversal en un momento del proceso evolutivo.

Recalcaremos además la importancia de hacer una anamnesis completa, así como plantearse diferentes diagnósticos y esperar evolución antes de emitir un diagnóstico precipitado y a veces definitivo.

115. UTILIDAD DEL INVENTARIO DE TEORÍA DE LA MENTE (TOMI) EN POBLACIÓN AUTISTA ESPAÑOLA : ESTUDIO PILOTO

Pujals E.1; Gómez I.1; Vilar A.1; Fernández R.1; Pujals S.2; González E.1

CSMIJ Ciutat Vella, INAD Parc De Salut Mar¹; IDAPP² , Barcelona, España

Introducción: El estudio de las habilidades de

mentalización ha comportado el desarrollo de múltiples instrumentos de evaluación, que si bien son útiles, presentan diversas limitaciones: a pesar de la gran complejidad de la ToM, la mayoría de instrumentos que evalúan la mentalización son tareas simples puntuadas dicotómicamente (pass/fail). Su pasación se realiza en condiciones de laboratorio, no comparables a la vida real, y su desempeño depende de factores cognitivos, lingüísticos y motivacionales del paciente (Hutchins et al, 2008).

El Inventario de Teoría de la Mente (ToMI; Hutchins et al., 2012) es un instrumento que se desarrolla en un intento de mejorar los procedimientos de medida de mentalización existentes hasta el momento. Se trata de un inventario de 42 enunciados, puntuado en un continuum de 0 a 20, y administrado al cuidador del paciente, considerado un observador de la capacidad real de mentalización del paciente en las situaciones reales del día a día. Evalúa los siguientes aspectos de ToM: deseo e intencionalidad; distinción entre apariencia y realidad; causas de las emociones; distinción mental-física, comprender que ver conduce a saber; tareas de primer y segundo orden; toma de perspectiva visual; reconocimiento afectivo; empatía; inferencia social y lógica; comprensión y producción de términos/actos mentales; habilidad de entender el humor y el sarcasmo; razonamiento contrafactual; distinción entre bromas y mentiras, así como entre saber y suponer. Por sus interesantes características, se ha realizado recientemente la adaptación cultural del instrumento al español (Pujals et al, 2015). En el presente trabajo presentamos una prueba piloto de aplicación de la traducción del ToMI a población española afecta de Trastornos del Espectro del Autismo (TEA).

Métodos: Se administró el ToMI a 24 pacientes diagnosticados de TEA y a 24 controles sanos, apareados por edad y sexo a la población clínica. Se evaluaron por grupo a 20 hombres (83,3%) y 4 mujeres (16,7%), de edades comprendidas entre 4 y 14 años (M=8,38, DE=2,931).

Resultados: Los pacientes afectos de TEA obtuvieron una puntuación media de 13, 29 (DE=3,54), mientras que la población control presentó una puntuación media de 16,4 (DE=2,22). Las diferencias entre ambos grupos fueron significativas ($p=0.006$).

Conclusiones: La adaptación cultural al español del ToMI aparece como una herramienta válida de detección de las dificultades en las habilidades de mentalización en población afecta de TEA.

116. MOVIMIENTOS IMAGINATIVOS ESTEREOTIPADOS, ¿UN SUBGRUPO DENTRO DE LAS ESTEREOTIPIAS?

Cabús G.1; Brotóns L.2

USMIJ Ezkerraldea¹; CSMIJ Ezkerraldea, Bizkazia, España

Introducción: A pesar de que frecuentemente se asocian las estereotipias con trastornos del espectro autista o retrasos mentales, pueden presentarse en sujetos sin autismo y con desarrollo normal.

Las estereotipias tienen lugar en cualquier edad que duran generalmente de segundos a minutos. Aparecen varias veces al día, tienen un patrón cíclico, general fijo y se asocian a situaciones de ansiedad, aburrimiento, emoción, y con menor frecuencia a situaciones de estrés, cansancio o aburrimiento.

Sin embargo el grupo de estereotipias asociados a situaciones imaginarias y como se describe en la bibliografía bajo el nombre de "intense imaginery movements", el cual puede ser variable y la respuesta fisiológica alta.

Materiales y Métodos: Niño que consulta a la edad de 6 años, no diagnosticado por neuropediatría de trastorno de déficit de atención con psicoestimulantes, por impulsividad y conductas, que no mejoran con tratamiento e impresiona de un aparente juego en silencio que destroza, pega, lanza objetos, pudiendo autolacerarse en el contexto de la hiperactivación física que presenta... en ocasiones ha referido ver zombies.

Desarrollo psicomotor y primera infancia sin incidencias, presenta hipersensibilidades acústicas, no hay intereses restrictivos y no es rutinario, hay buen contacto ocular y buena regulación del discurso. La relación con iguales se ve muy afectada por las imágenes intrusivas continuas.

Por estos motivos ha sido diagnosticado de diferentes patologías, como un TDAH, un TGD no especificado, un trastorno psicótico.

Pruebas complementarias: Se le han realizado TAC craneal, RMN, analítica, bioquímica, urea y ceruloplasmina, EEG con privación sensorial, estudio genético e interconsulta a neurología. Los resultados son normales.

Capacidad intelectual normal, CIT 1' 10".
ADI-R y ADOS-G con resultados dentro de la normalidad por dos especialistas diferentes.

Tratamientos farmacológicos: Se han intentado tratamientos farmacológicos con los que no ha habido mejoría, o incluso empeoramiento clínico: risperidona, aripiprazol, antipsicóticos y estabilizadores del ánimo.

Respuesta clínica: buena evolución, suspensión de todos los medicamentos previos e inicio de tratamiento con Citalopram 10 mg/día repartido en tres dosis, junto con control externo de estímulos, necesidad de erlenzina, pero no aburridos.

Conclusión: Consideramos que este caso, podría englobarse dentro del espectro de movimientos estereotipados diferentes al que está descrito en el artículo reseñado. En este caso, la imaginación descontrolada, junto con dificultades en la regulación del arousal, desencadena una serie de movimientos secundarios, que afectan muy negativamente a nuestro paciente. El riesgo de confusión con cuadros psicóticos es alto.

Correspondencia: LORETOPIJAR.
BROTONSSANCHEZ@osakidetza.net 610500789.

117. TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA Y MOTIVOS DE INGRESO EN HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA INFANTIL: EL PAPEL MODULADOR DEL GÉNERO

Polo Rangel D.1; González Rodríguez M.2; Rodríguez Pascual M.1; Pardo Gallego M.1; Elías M.1; Rueda Barcena I.1

Hospital Sant Joan De Déu¹; Consorci Sanitari De Terrassa², España

Introducción: En los últimos años se ha incrementado el interés científico por identificar y describir las características clínicas diferenciales asociadas al género en el trastorno del espectro del autismo (TEA).

La ratio más replicada es de 4:1 a favor del género masculino. La literatura describe que los TEA masculinos presentan más a menudo conductas agresivas y comportamientos externalizantes mientras que los femeninos presentan con mayor frecuencia trastornos internalizantes.

El objetivo de nuestro estudio es explorar la relación entre el género y los diferentes motivos de ingreso en una muestra de niños y adolescentes con TEA.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. La muestra inicial estaba compuesta por 512 niños y adolescentes que ingresaron en la planta de hospitalización psiquiátrica infantil del Hospital Sant Joan de Déu entre diciembre de 2013 y diciembre de 2015. Se seleccionaron los 80 casos con diagnóstico de TEA o trastorno de Asperger.

Se realizó una agrupación de los motivos de ingreso en dos categorías: internalizantes y externalizantes.

El análisis estadístico se calculó mediante el paquete SPSS Statistics 22 obteniendo estadísticos descriptivos de la muestra y una prueba chi-cuadrado para calcular la posible asociación entre las variables.

Resultados: El 75% de los casos eran del sexo masculino y el 25% del femenino. La edad media en el momento del ingreso era de 12.35 (sd 2.75) con un rango comprendido entre los 6 y 17 años.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el género y el motivo de ingreso: internalizante y externalizante (P=0.028).

Conclusiones: En el sexo masculino se observa una mayor presencia de comportamientos externalizantes (80%) como causa de ingreso respecto a los internalizantes (20%). Sin embargo, en el caso del género femenino no se observa un predominio de síntomas internalizantes (45% vs 55%).

Los resultados obtenidos son congruentes con la asociación entre género masculino y mayor agresividad/conductas externalizantes descrita en la literatura, siendo la presencia de estos síntomas los que motivan un ingreso en una unidad de agudos infantojuvenil.

No obstante, en el caso del género femenino no se evidencia la relación con el predominio de síntomas internalizantes como posible causa de ingreso hospitalario.

Sería recomendable seguir ampliando la muestra, especialmente en el caso del género femenino (n=20), para poder clarificar el posible papel modulador del género en los comportamientos y síntomas clínicos que motivan de ingreso en los niños y adolescentes con TEA.

118. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE RASGOS DE ESPECTRO AUTISTA EN UNA MUESTRA DE PADRES CON HIJOS DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA

Piera Pinto E.1; Orozko Urarte Z.2; Treen D.3; Pàmias M.1

Hospital Parc Taulí¹; Casm Benito Menni²; Hospital Del Mar³, España

Introducción: El Trastorno de Espectro Autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por déficits persistentes en la comunicación social e interacción social y patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses. Dado el componente genético de este trastorno, el objetivo de este trabajo ha sido describir las puntuaciones de padres y madres de niños diagnosticados de TEA en el cociente de espectro autista en adultos.

Método: Para ello, se ha utilizado el cuestionario del cociente de espectro autista AQ (The Autism-Spectrum Quotient, Baron-Cohen, S.; Wheelwright, S.), que fue administrado a los padres biológicos que participaban en los grupos para padres con hijos diagnosticados de TEA. La muestra total estuvo compuesta por 57 padres y madres de niños con TEA, el 44% eran hombres y el 56% mujeres. Este cuestionario autoaplicado divide las puntuaciones obtenidas en 4 grupos (0-10: bajo; 11-22: media; 23-31: por encima de la media y 32-50: muy alto). La puntuación media en población general femenina que propone este test es de 15 y la masculina de 17.

Resultados: Se ha observado que por encima del punto de corte estarían el 59,36% de las mujeres de la muestra y el 76% de los hombres. Respecto a las puntuaciones, se puede decir que el 5,26% de la muestra total obtendría puntuaciones muy altas, llegando a cumplir criterios de TEA según este cuestionario. El 44% de los hombres obtiene puntuaciones medio-alta o muy altas, en

cambio ese porcentaje se reduce a la mitad en el caso de las mujeres, obteniendo puntuaciones medio-altas o muy altas el 22%. Respecto a las puntuaciones bajas se observa que el 25% de las mujeres estarían ubicadas en este rango, pero en el caso de los hombres solo el 8%.

Conclusiones: El análisis de los datos del cuestionario del cociente de espectro autista AQ en padres con niños TEA, muestra un mayor porcentaje de hombres ubicados en las franjas altas de las puntuaciones y más elevadas que en la población general. En el caso de las mujeres son menos las que se ubican en la parte alta de las puntuaciones, y más las que se ubican en las puntuaciones bajas, cumpliendo menos criterios del cociente de espectro autista. Estos datos soportan las teorías actuales sobre la implicación del componente genético en la manifestación del trastorno y mostrando un alto porcentaje de padres que cumplen síntomas del trastorno.

119. RELACIÓN ENTRE LA COMUNICACIÓN SOCIAL EN NIÑOS DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA Y EL COCIENTE DEL ESPECTRO AUTISTA DE SUS PADRES

Orozko Urarte Z.1; Piera Pinto E.2; Treen D.3; Pàmias M.2

Benito Menni Complex Asistencial En Salut Mental¹; Hospital Parc Taulí²; Hospital Del Mar³, España

Introducción: El Trastorno de Espectro Autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por déficits persistentes en la comunicación social e interacción social y patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses. Este trastorno está relacionado con factores genéticos como ambientales. El objetivo de este trabajo es comprobar si hay relación entre las puntuaciones de los padres en el cociente de espectro autista y la puntuación de los hijos diagnosticados de TEA en comunicación social.

Métodos: Para ello se compararon las puntuaciones del cuestionario de cociente de espectro autista de los padres (The Autism-Spectrum Quotient, AQ; Baron-Cohen, S.; Wheelwright, S.) y las puntuaciones del cuestionario

de comunicación social (Social Communication Questionnaire, SCQ; Rutter, Bailey y Lord, 2003) de los niños. El SCQ es un instrumento de respuesta si/no cumplimentado por los padres que evalúa principalmente la interacción social.

La muestra está compuesta por 26 padres y/o madres de niños diagnosticados de TEA que acudían a los grupos para padres del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) y que cumplimentaron el AQ y el SCQ.

Resultados: Se abordó el objetivo desde 3 métodos estadísticos diferentes. Por un lado, se calculó la correlación entre las puntuaciones del AQ y del SCQ. Por otro lado, se dividió la muestra entre las puntuaciones más altas y más bajas en el AQ y se comparó la media del SCQ en los dos grupos. Y por último, se calcularon las medias en el SCQ en función de los criterios de clasificación del AQ (0-10: bajo; 11-22: dentro de la media; 23-31: por encima de la media y 32-50: muy alto).

Se observó una correlación negativa entre las dos escalas, que no fue significativa. En la comparación de los grupos con las puntuaciones más altas y más bajas, el grupo con las puntuaciones más altas en el AQ, obtuvo puntuaciones más bajas en el SCQ, pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Tampoco se hallaron diferencias relevantes en las medias del SCQ en función de los criterios de clasificación del AQ, excepto en el grupo con puntuaciones “muy altas”. No obstante, este grupo estaba compuesto por un solo caso.

Conclusiones: Los análisis realizados desde los tres métodos estadísticos demuestran sistemáticamente que no hay relación entre las puntuaciones del cociente del espectro autista de los padres y las puntuaciones de la comunicación social de los hijos.

120. ESTUDIO DE LA COMORBILIDAD EN EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Álvarez Montoya A. M.1; Trujillo López V.2; Diago Labrador C.1

Clínica Privada Psiquiatría¹; Hospital Punta Europa Pir-4², Algeciras, España

Introducción: En el nuevo DSM 5 cuando establecemos el diagnóstico de Trastorno del espectro Autista este debe ir acompañado de los siguiente especificadores:

- Con o sin déficit intelectual acompañante.

- Con o sin deterioro del lenguaje acompañante.
- Asociado a una enfermedad médica o genética, o a un factor ambiental conocidos.
- Asociado a otro trastorno mental o del comportamiento.
- Con catatonía.
- Gravedad (3 niveles)

Objetivo: En este estudio pretendíamos conocer con más detalle la clínica que presentaban los niños diagnosticados de Trastorno del espectro Autista en el Campo de Gibraltar mediante el análisis de los especificadores asociados y su concordancia o no con los datos aportados por la bibliografía.

Metodología: La muestra se compone de 225 pacientes diagnosticados de Trastorno del espectro Autista menores de 18 años en seguimiento durante 2014 (Enero a Diciembre) en la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil de Algeciras. La recogida de datos se realizó sobre las historias de papel e historias informatizadas en el programa informático Diraya y se analizó mediante el programa de análisis estadístico SPSS.

Resultados: En nuestra muestra encontramos que tienen asociada una Discapacidad Intelectual un 20 % Existe un deterioro del lenguaje acompañante (54%) La Epilepsia (6%) La asociación con algún Síndrome en un 5%. La comorbilidad con otro trastorno mental (47%).

Conclusiones: La Discapacidad Intelectual y la Epilepsia asociada se presentan en menor proporción a lo esperado, una explicación válida sería que el término TEA engloba: Trastorno Autista, Trastorno Desintegrativo Infantil, Trastorno de Asperger y Trastornos del desarrollo no Especificados. La asociación con algún Síndrome es la citada en los estudios. La comorbilidad con otro Trastorno mental es muy frecuente hasta en un 47% de los casos.

121. MENORES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA, ANALISIS DE LA INTERVENCION TERAPEUTICA

Diago Labrador C.1; Álvarez Montoya A. M.1; Trujillo López V.2

Clínica Privada Psiquiatría¹; Hospital Punta Europa Pir-4²; Algeciras, España

Introducción: En la actualidad no existe tratamiento farmacológico específico para tratar el Trastorno del espectro Autista. El tratamiento de los niños con TEA debe ser Multimodal con intervenciones logopédicas, psicoeducativas, psicoterapia conductual y apoyo familiar entre otras. Sí disponemos de fármacos que pueden ser eficaces en el tratamiento de trastornos psiquiátricos comórbidos o en ciertos comportamientos con frecuencia asociados.

Objetivo: En este estudio pretendíamos conocer todos los detalles relativos al tratamiento farmacológico empleado en la muestra de 225 pacientes diagnosticados de Trastorno del espectro autista relacionándolo con la edad y con la sintomatología que presenta.

Método: La muestra se compone de 225 niños y niñas diagnosticados de TEA, menores de 18 años y en seguimiento durante 2014 (Enero a Diciembre) en la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil de Algeciras (Hospital Punta Europa). La recogida de datos se realizó sobre las historias de papel e historias informatizadas en el programa informático Diraya y se analizó mediante el programa de análisis estadístico SPSS.

Resultados: Los fármacos más utilizados en nuestra muestra son los Antipsicóticos en un 33,3% de los pacientes (Risperidona n=36; Aripiprazol n= 29 y Paliperidona n= 10) Le siguen en frecuencia los Psicoestimulantes en un 16,5% (Metilfenidato: n= 34, Lisdexanfetamina: n=3). La Atomoxetina se utiliza en 17 pacientes sobre todo cuando existe comorbilidad con TDAH. Empleamos ISRS tan sólo en un 5%, siendo estos niños de mayor edad y adolescentes.

Conclusiones: Es importante la valoración de una intervención farmacológica para intentar abordar los síntomas con frecuencia asociados. En nuestra muestra tratamos la irritabilidad/agresividad fundamentalmente con Antipsicóticos. La hiperactividad, impulsividad y déficit de atención con Psicoestimulantes y Atomoxetina. Cuando existe ansiedad, síntomas obsesivos o clínica depresiva empleamos antidepresivos ISRS.

122. BEHAVIORAL PROFILE OF EVERY DAY EXECUTIVE DYSFUNCTION IN YOUTH WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

*Shahrivar Z.; Tehrani Doost M.; Mahdavi H.; Fatholahi Y.; Jahanitabesh A.
Tehran University Of Medical Sciences, Tehran, Iran*

Objective: To evaluate the behavioral profile for executive functions (EF) in youth with autism spectrum disorder (ASD) compared to normal individuals using the Farsi translation of the Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF).

Method: Thirty-four participants (aged 5-16) with ASD were compared to thirty-six age and IQ matched typically developing (TD) children using the BRIEF, childhood autism rating scale (CARS), and Raven progressive matrices (RPM).

Results: All subscales of the BRIEF were significantly higher in children and adolescents with ASD. Working memory was impaired in 88% of the ASD group, and the Inhibition subscale had the highest mean score. The visual response subscale of CARS correlated significantly with the metacognition index (MCI) ($r=.279$, $p=.036$) and global executive composite (GEC) ($r=.267$, $p=.043$) of the BRIEF. A slightly negative significant correlation ($p=.04$) was found between the BRIEF planning/organization T score and age in the group with ASD.

Conclusion: Youth with ASD have difficulties in every day executive function; mostly working memory and inhibition. These deficits are related to some aspects of social and sensory impairments seen in ASD.

123. GROUP INTERVENTION BASED ON THE EARLY START DENVER MODEL FOR PARENTS OF PRESCHOOL CHILDREN WITH ASD IN THE PUBLIC HEALTH SYSTEM

*Parrilla Escobar M. A.; Domínguez-Martín C.
Hospital Clínico Universitario De Valladolid, España*

Introduction: High levels of parenting stress have

been found in parents of young children with autism, mainly because parents do not know how to treat their child with developmental difficulties.

ESDM, an evidence-based developmental and relationship-based approach combined with principles of ABA, has proved to improve core symptoms of ASD. Greater success is achieved if parents are trained to implement during daily routines and playtime the same therapeutic techniques.

In our area population, mean age at referral from Pediatricians to Early Intervention Services is 22 months. Public Early Intervention resources are scarce, implemented only up to the age of three. Subsequently, families do not receive support neither training.

We developed a parent group intervention addressed to families whose children (aged 1-6 years) have an ASD. We expect that parents achieve a better understanding of their children's symptoms, to foster their sense of competence, and reduce stress associated to parenting a child with an ASD.

Methods: Parents of 22 children were invited to participate in a group intervention implemented by two child psychiatrists in a public hospital.

Information based on the guide for parents "An Early Start for your Child with Autism. Using everyday activities to help kids connect, communicate and learn" was presented, accompanied by handouts, pictures and videos, during 14 sessions in monthly basis. Parents who were not able to attend were assigned to a waiting list and taken as a control group.

Parents filled out two scales, Autism Parenting Stress Index (APSI) and Parent Stress Scale (PSS) at time of entry into the program and after intervention was completed.

Results: Parents of 12 children attended and participated in at least 80% of sessions. Parents of 10 children were established as a control group. No differences in age, gender or symptom severity were found between groups. APSI and PSS scores before and after intervention will be presented for both groups.

Conclusions: Public child mental health services in Spain may be scarce but group interventions are cost-effective and may be supportive for parents raising a

child with an ASD diagnosis. Parents want to learn strategies to use in daily bases so that they feel more confident that they are promoting their child social and communication development. This is a very modest intervention but may be helpful for parents who cannot afford any other treatment. In the meantime we demand more intensive early intervention services within the public health system.

124. EXECUTIVE FUNCTIONS: PILOT STUDY IN PRESCHOOL ITALIAN CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

*Valeri G.; Stievano P.; Napoli E.; Scalisi G.; Vicari S.
IRCCS Pediatric Hospital Bambino Gesù, Italia*

Executive Functions (FE) are higher-order cognitive skills, regulated by the prefrontal cortex, and divided into sub-domains such as inhibition, working memory, flexibility and planning, which are needed to implement purposeful behavior.

FE emerge very early and continue to develop into adulthood. Developmental Neuropsychology is interested in the emergence of these skills in typical and atypical development with the ultimate goal of identifying deficits in the domains of specific FE in different developmental disorders.

Our study aims to compare the performance of two clinical populations and two control populations in four trials investigating different subdomains of the FE.

Method: The sample consists of four groups of 27 children each, for a total of 108 children between 4 and 6 years: one group of children with Autism Spectrum Disorder (ASD), one of children with language disorder (DL) and two control groups (C-ASD and C-DL) matched for age and IQ to the first two.

All children were assessed by Battery for the Assessment of Executive Functions (BaFe) that investigates inhibition, cognitive flexibility, attentional flexibility and working memory.

Results: The group with ASD showed the worst performance in tasks of cognitive flexibility and inhibition. The group with DL showed the worst performance in tasks of inhibition and attentional flexibility. Furthermore,

the results shows that in the sample with ASD children with greater symptom severity had the worst performance in inhibitory tasks.

125. MENTAL TIME TRAVEL AND STORYTELLING IN CHILDREN WITH ASD

*Valeri G., Ferretti F., Magni R., Chiera A., Adornetti I., Marini A.
IRCCS Pediatric Hospital Bambino Gesù, Italia*

Recent studies show that children with autism spectrum disorder (ASD) may experience difficulty in breaking away from the immediate context of the present experience and projecting into the past (episodic memory; ME) or into the future (episodic future thinking; EFT), in order to relive or anticipate events.

The prevailing hypothesis is that such projections, past and future, have the same functional role and are an expression of a unique neurocognitive system: the Mental Time Travel (MTT), which is also considered as the basis of the processes that regulate discursive level.

Our research has analyzed such functional correlations, with a pilot study in which 77 children with both ASD and cognitive functioning in normal range and 77 typically developing children (TDC), matched by age (range 6.0-10.11 years) and cognitive level, were assessed by two tests of non-verbal episodic memory and episodic future thinking.

Moreover, the narrative productions were examined in a sample of children with ASD in order to evaluate the correlation between MTT and narrative skills.

The results support the hypothesis of a possible dissociation in children with ASD between the performance in non-verbal tests of episodic memory and the performance in non-verbal tests of episodic future thinking. This dissociation is not evident in the control groups, and is independent of the cognitive level and the severity of autistic symptoms.

It was also shown that in patients with ASD narrative skills are closely related to the dislocation and projection processes over time.

126. RCT OF A BRIEF PARENT MEDIATED THERAPY IN ASSOCIATION WITH A LOW INTENSITY PSYCOSOCIAL INTERVENTION TEACCH-INSPIRED IN ITALIAN PRESCHOOL CHILDREN WITH ASD

*Valeri G.; Amendola A.; Casula L.; Napoli E.; Napolitano C.; Vicari S.
IRCCS Pediatric Hospital Bambino Gesù, Italia*

We conducted a RCT study of 26 Italian preschool children (mean age 4,7 y) with autism spectrum disorders (ASDs) to evaluate the potential benefits of an additional brief Parent Mediated Therapy - PMT (6 sessions in 3 months) together with a low intensity (4 hours / week) psychosocial intervention (PSI), TEACCH-inspired, delivered in community (at home and at school). All children are included in the mainstream school, as required by Italian law.

The experimental group (EG) made up of 13 children that have received a brief PMT together with a low intensity PSI TEACCH-inspired program, was compared with a control group (CG) made up of the other 13 children that have received only the low intensity PSI TEACCH-inspired program.

The children were assessed for autism severity, communication and language skills and maladaptive behaviors; the parents were assessed for parental stress.

Findings suggest that in preschool children with ASD adding a brief PMT to the low intensity PSI TEACCH inspired program, may provide further benefits by reducing autistic symptoms and by improving communicative skills. Furthermore, a decrease in children's maladaptive behaviors and parental stress, seems to indicate that parents' involvement in the psychosocial program may be a crucial factor which can contribute to treatment effectiveness.

127. SELF-REPORT OF LANGUAGE ABILITIES FOR IDENTIFICATION IN CLINICAL SETTINGS

Petti T. A.; Upadhyay A.; Gara M.; Muthuswamy R.
Rutgers-Robert Wood Johnson Medical School. Rutgers-University Behavioral Health Care, Newark, NY, USA

Introduction: Children with difficulties in communication have far higher than expected rates of diagnosed comorbid psychiatric disorders. The DSM-5 has a newly classified section on Communications Disorders (CDs). CDs include Language Disorder (LD), speech and fluency disorders, and the newly defined Social (Pragmatic) Communication Disorder (SCD). LD and SCD are the focus in this presentation and comprise deficits in receptive and expressive language as well as higher level difficulties in using verbal and nonverbal communication. Youth with such deficits are infrequently identified in clinical settings, especially when they have average or above intelligence. We address this by implementing a quality improvement initiative to provide an estimate of: (1) the prevalence of self-perceived communication disorders in children and adolescents in clinical settings; (2) ability of older children and adolescents to self-report language difficulties or need for services; and (3) the extent to which clinicians should be aware that a formal language assessment should be recommended.

Methods: A questionnaire was given to children and adolescents ages 11 through 18 years served in a Child and Adolescent Inpatient Service (CAIS) and a Therapeutic Day School (TDS). Youth with limited intelligence were excluded. All students were assured anonymity. They were asked about extent to which they have trouble with: understanding what teachers, parents, or peers say; what they read; and with saying or writing what they think. The youth were also asked in a forced-choice format about the extent to which problems in receptive and expressive communication caused them problems, anger felt when unable to communicate effectively, and finally whether they would like help in related specified areas (Yes" or "No").

Results: Two hundred youth completed the forms. Simple frequency counts are presented for each type of

perceived deficit, degree of reported frustration with the deficit, and desired services by the youth. Significant deficits in communication skills were noted. The highest percentages were reported in need for services to address their communication deficit. Significant correlations are present for the presence of deficits, frustration, and need for help. Differences between the two services are noted in specific areas. The scale has high internal consistency.

Conclusions: Many youth in both restrictive clinical settings report substantial communication and learning deficits. Few had been identified previously. The scale appears to be psychometrically sound and may provide a quick and reliable screen for language/communication disorders. Limitations and future directions are considered.

128. THE CONTRIBUTION OF EXECUTIVE FUNCTIONING TO PSYCHOPATHOLOGY SYMPTOMS SEVERITY LEVELS IN AN OPEN TRIAL OF PSYCHOTHERAPY FOR ADOLESCENTS DIAGNOSED WITH SPECIFIC LEARNING DISORDERS - I CAN SUCCEED (ICS)

Kopelman-rubin D.1; Brunstein Klomek A.2; Mufson L.3; Apter A.4

Baruch Ivcher School Of Psychology, Interdisciplinary Center (idc), Herzliya, Israel, Feinberg Child Study Center; Schneider Children's Medical Center Of Israel, Petach-tikva, Israel1; Baruch Ivcher School Of Psychology, Interdisciplinary Center (idc), Herzliya, Israel, Feinberg Child Study Center; Schneider Children's Medical Center Of Israel, Petach-tikva, Israel2; Feinberg Child Study Center; Schneider Children's Medical Center Of 2; Department Of Psychiatry, Columbia University, New Your State Psychiatric Institute (nyspi)3; Baruch Ivcher School Of Psychology, Interdisciplinary Center (idc), Herzliya, Israel, Feinberg Child Study Center; Schneider Children's Medical Center Of Israel, Petach-tikva, Israel,faculty Of Medicine, Tel Aviv University Of Israel4, Israel and USA

Introduction: This study examined the contribution of Executive Functioning (EF) on psychiatric symptom severity level among adolescents with Specific Learning

Disorder (SLD) during an open clinical trial of a psychotherapy for adolescents diagnosed with learning disorders ("I Can Succeed" or ICS).

Theoretical Framework: SLD often co-occurs with other psychiatric disorders (DSM-5, APA, 2013), as well as Executive Functioning (EF) deficits (Metzler, 2007).

Most interventions for SLD students have focused on either enhancing cognitive and learning skills or targeting social-emotional domains. ICS is a manual-based psychotherapy for SLD adolescents aimed at addressing both EF deficits and psychopathology symptoms and is theoretically grounded in Interpersonal Psychotherapy for Adolescents (IPT-A) (Mufson, , Dorta, -, Moreau, & Weissman, 2004).

To the best of our knowledge, no study has examined the contribution of EF to improvement in psychiatric symptomatology in psychotherapy for SLD adolescents.

Methods: Participants

40 SLD adolescents (29 boys 11 girls, ages 11-15) and their parents were included. Adolescents had comorbidities: 52.5% ADHD, 27.5% Anxiety Disorders, 7.5% MDD and 7.5% ODD

Instruments

- The Mini-International Neuropsychiatric Interview for children and adolescents (Sheehan et al., 1998).
- Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach, 1991).
- "IntegrNeuro TM battery" (Clark, et al., 2006).

Procedure: Adolescents went through psycho-educational assessment, a structured psychiatric interview and the IntegrNeuroTM battery at baseline (T1).

Adolescents were given the IntegrNeuroTM battery once again after 13 weeks, (the end of acute phase treatment, T2). Parents completed the CBCL at T1, T2 and at 6-month follow up (T3). ICS was delivered in an open clinical trial in an outpatient psychiatric clinic.

Results and Conclusions: To examine the contribution of patients' baseline levels of executive functioning (T1) and change in executive functioning from T1 to T2 to their levels of psychopathology symptoms severity at T2, and change in psychopathology severity from T2 to T3, we conducted a series of multiple regression analyses.

Results indicated that better baseline inhibitory control predicted greater improvement in symptom severity, from T2 to T3. In addition, greater improvement in both inhibitory control and verbal fluency (Delta) from T1 to T2 was linked with lower internalizing symptoms severity at T2. These effects of executive functioning on psychopathology were significant above and beyond the contribution of ADHD\ADD diagnosis and psychopathology at T1.

Findings suggest a protective role of EF, and support ICS's assumption of the importance of addressing both EF and psychopathology symptoms as interconnected during psychotherapy for SLD adolescents.

129. CLOSE RELATIONSHIPS WITH PARENTS, TEACHERS, AND PEERS: PREDICTORS OF SOCIAL, EMOTIONAL, AND BEHAVIORAL FEATURES IN ADOLESCENTS WITH SLD OR COMORBID SLD AND ADHD

Al-yagon M.

Tel-Aviv University , Israel

Introduction: This study examined adolescents' perceived close relationships with significant others (parents, teachers, friends) as explaining differences in socioemotional and behavioral functioning (loneliness, affect, maladjustment) – comparing adolescents with specific learning disabilities (SLD) vs. comorbid SLD and attention deficit—hyperactivity disorder (ADHD) vs. typical development (TD).

Theoretical Framework: SLD and ADHD are prevalent disorders in school-age children (DSM-5, APA, 2013), with ~31-45% of such youngsters exhibiting SLD-ADHD comorbidity (DuPaul, Gormley, & Laracy, 2013). Considering that multiplicity of risk factors may dramatically increase emotional, social, and behavioral deficits (Trentacosta et al., 2008), the current study compared an SLD subgroup with a higher risk subgroup having comorbid ADHD, in the potentially high-risk adolescent developmental phase.

Based on well-validated attachment-theory explanations for individual variation in lifelong adjustment (Grossmann, Grossmann, & Waters, 2006),

the current study examined these adolescent subgroups' perceived close relationships with significant others – in explaining variation in their socioemotional and behavioral adjustment. Given fathers' importance for children's development and later adjustment (e.g., Bretherton, 2010) and given close relationships' extension beyond family during adolescence (e.g., Murray & Greenberg, 2006), four attachment-based factors were utilized (Kerns, et al., 2001): with mother, father, homeroom teacher, and best friend.

Methods: Participants: 280 adolescents in Grades 10-11: n=90 with formally diagnosed SLD (40 boys, 50 girls); n=91 with formally diagnosed comorbid SLD-ADHD (41 boys, 50 girls); n=99 with TD (45 boys, 54 girls). Ages: 15-17 years (M=15.94, SD=.70).

Instruments

- Attachment Security Style (Kerns, Klepac, & Cole, 1996).
- Children's Appraisal of Teacher as Secure Base (Al-Yagon & Mikulincer, 2006).
- Peer-Network-Loneliness and Peer-Dyadic-Loneliness (Hoza et al., 2000).
- Friendship Quality (Parker & Asher, 1993).
- Affect (Moos et al., 1987).
- Youth Self-Report—Age 11-18 (Achenbach & Dumenci, 2001).

Results and Conclusions: Preliminary analyses yielded significant group differences on most socioemotional and behavioral measures, $F(22,534)=1.77$, $p=.017$, $\eta^2=.07$. SEM analysis indicated high fit between the theoretical model and empirical findings, $\chi^2(6,280)=4.19$, $p>.05$, NFI=.996, CFI=1.00, RMSEA=.00, and partially different patterns among components for the three subgroups. Overall, as hypothesized, modified models highlighted the significant role of attachment relationships with mothers and fathers in explaining adolescents' well-adjusted functioning, while pinpointing different contributions in each subgroup. Adolescents with SLD seemed more vulnerable to effects of insecure relationships with mothers on their adjustment than their peers in the comorbid and TD subgroups. Yet, the comorbid SLD-ADHD subgroup reported the lowest levels of secure attachments with parents.

130. THE IMPACT OF PSYCHIATRIC PRACTICE GUIDELINES ON MEDICATION COSTS AND YOUTH AGGRESSION IN A JUVENILE JUSTICE RESIDENTIAL TREATMENT PROGRAM

Lee T.; Walker S.; Bishop A.

University of Washington School of Medicine, Seattle, WA, USA

Objective: Stakeholders have expressed concern over the appropriate use of psychiatric medications and adequacy of mental health services for youths involved with the juvenile justice system. This study assessed the impact of implementing psychiatric practice guidelines on medication costs and youth aggression in a juvenile justice facility. The study examined whether implementing psychiatric practice guidelines in a facility with an organized psychosocial treatment program would reduce psychiatric medication costs, compared with two other facilities, and whether lower psychotropic medication costs would be associated with increases in youth aggression.

Methods: Administrative data from three state-run juvenile justice facilities were analyzed to determine psychiatric medication costs and rates of youth aggression. Psychiatric practice guidelines that involved screening, shared decision making, psychosocial treatments, medication prescribing and monitoring of side effects were implemented in only one of the three facilities, with a goal of applying evidence-based psychopharmacology and benefit-risk considerations.

Results: Over the ten-year study period (2003–2012), psychiatric medication costs decreased 26% at the facility implementing the psychiatric practice guidelines, whereas costs at the two comparison facilities increased by 104% and 152%. As psychiatric medication costs decreased at the facility implementing the guidelines, youth aggression there did not increase.

Conclusions: Implementing psychiatric practice guidelines in juvenile justice facilities can reduce psychotropic medication costs without an increase in youth aggression. Implementation of the guidelines requires an organized psychosocial treatment program

to help deter an inappropriate focus on psychotropic treatments.

131. PREVALENCE AND RISK FACTORS OF PROLONGED QTc INTERVAL AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS TREATED WITH ANTIPSYCHOTIC MEDICATIONS. LONG-TERM FOLLOW-UP IN REAL WORLD POPULATION

Palanca Maresca I.1; Ruiz Antorán B.2; Centeno Soto G. A.3; Forti Buratti M. A.1; Siles A.4; Avendaño Solá C.2 Psychiatry Department, Child and Adolescent Psychiatric Unit, Puerta de Hierro-Majadahonda University Hospital¹; Clinical Pharmacology Department, Puerta de Hierro-Majadahonda University Hospital²; Clinical Pharmacology Research Group of Instituto de Investigación Sanitaria Puerta de Hierro³; Pediatrics Department, Pediatric Cardiology Unit, Puerta de Hierro-Majadahonda University Hospital⁴

Objective: To describe the prevalence of QTc interval alterations and the possible predisposing factors in children and adolescents treated with antipsychotic medications in real world population with a long term follow up.

Methods: Data were extracted from the registry SafEty of NeurolepTics in Infancy and Adolescence (<https://sentia.es>). SENTIA includes patients under 18 years of age currently taking or initiating treatment with antipsychotic who accept participation. SENTIA follow-up includes an ECG evaluation before starting treatment and at 1, 3 and 6 months after treatment initiation or after any antipsychotic change. Thereafter, all participants have an ECG chronically on a 6-monthly basis. Values of QTc interval > 450msec, ≥ 60 msec increase in QTc interval or QTc dispersion > 100msec were considered abnormal.

Results: Since January 1st 2011, 101 patients have been enrolled in SENTIA and have at least one ECG assessment. Mean age at inclusion was 11.5 years (4–17 years), 75% were male. The mean follow-up was 20.0+15.1 months. The most frequently prescribed were risperidone (52.2%) and aripiprazole (45.5%).

Seven patients (6.9%) had clinically significant changes in QTc. No patient had a QTc interval > 500 msec. In most cases (85.7%) QTc changes were asymptomatic. QTc changes were observed at different times of exposure, with a range of 1-39 months after beginning antipsychotic treatment.

Patients with (n=7) and without (n=94) clinically significant QTc changes during treatment with antipsychotics had similar records in terms of demographics, past medical history, disorder and initial treatment variables. During the follow-up a statistically significant difference (p=0.04) of the occurrence of QTc abnormalities was found between ECG performed in patients receiving stimulant concomitant treatment or not. The frequency of concomitant stimulant treatment was higher in those ECG with QTc changes (55.6%) than in those ECG without QTc changes (23.1%) [OR (IC95); 4.2 (1.10 – 17.0)]. No other differences were observed with regard to treatment variables and analytical parameters at the time of QTc change.

Conclusions: Although QTc changes secondary to AP treatment in the paediatric populations appear to be mild and not clinically relevant in most cases, the incidence of QTc interval abnormalities in children and adolescents could be relevant and deserves that clinicians pay attention to its occurrence.

Patients should be assessed with a basal ECG before starting antipsychotic treatment and regularly checked at follow up assessments, with special in patients with stimulant concomitant treatment.

132. RATES OF PSYCHOTROPIC MEDICATION PRESCRIBING AMONG PRESCHOOLERS, SCHOOL AGED CHILDREN, ADOLESCENTS AND YOUNG ADULTS IN THE USA

Sultan, Md R. S.1; Olsson, Md Mph M.2 Columbia-Cornell Universities¹; Columbia University, New York State Psychiatric Institute², NY, USA

Introduction: An analysis of the national distribution of prescriptions for psychotropic medications by age group and sex provides an opportunity to evaluate the extent to which pharmacological treatment patterns map

onto known prevalence of major mental disorders among young people.

Methods: Psychotropic medication prescriptions to patients aged 3 to 24 years were analyzed from the 2008 IMS LifeLink LRx Longitudinal Prescription database (n=3,147,352), which includes 60% of all USA retail pharmacies. Psychotropic medications were defined by class: antidepressants, antipsychotics and stimulants. Denominators were adjusted to generalize estimates to the US population. Population percentages filling ≥ 1 psychotropic prescription during the study year by sex and age group (younger children, 3-5 years; older children, 6-12 years; adolescents, 13-18 years; and young adults, 19-24 years) were determined.

Results: Preschoolers, school age children, and adolescents were all most commonly prescribed stimulants at rates of 0.53%, 4.58% and 3.78% respectively. Among young adults, antidepressants were most common at 4.02%. Antidepressant prescribing rose with each age group: 0.17%, 1.04%, 2.81% and 4.02% respectively. Sex differences were noted in prescribing rates. In preschool, school aged and adolescents, males were much more likely to be prescribed a stimulant than girls: 0.8% to 0.27%, 6.83% to 2.53%, and 5.09% to 2.4%, respectively. Antidepressant rates were significantly higher for young adult females than males at 5.58% to 2.44%. Antipsychotic prescribing was low through all age groups, with minimal sex differences.

Conclusions: These results are consistent with developmental inceptions and prevalence of psychiatric disorders. High stimulant prescribing, especially among males, reflects early onset and high prevalence of ADHD in young children. The increase in antidepressants in adolescent and young adults reflects post pubertal development of mood disorders. Antidepressant prescribing in school age is lower than expected given the high prevalence of anxiety disorder in children, although this may reflect use of non-pharmacologic treatments. A reduction of stimulants after school age reflects possible undertreatment of ADHD.

133. IMPACT OF INTERVENTION STRATEGIES ON ANTIPSYCHOTIC MEDICATION PRESCRIPTION TRENDS IN CHILDREN ENROLLED IN THE ARKANSAS (AR) MEDICAID PROGRAM

Simpson S.1; Domon S.1; Miller L. H.2; Ford P. J.2; Thapa P. B.1

University Of Arkansas For Medical Sciences, Arkansas State Hospital¹; Division of Medical Services, Department of Human Services², AR, USA

Introduction: Despite limited evidence of effectiveness and associated adverse effects, the growing trend in prescription of SGAs in children <18 years of age is of concern. The number of new prescriptions of a SGA in children <18 years of age in AR- Medicaid doubled between 2001 and 2005, prompting development of intervention strategies to reduce use. The present study evaluates the impact of intervention strategies to reduce inappropriate prescription of second generation antipsychotics (SGA) in children <18 years of age enrolled in Arkansas Medicaid.

Methods: In July 2009, AR-Medicaid established a prior authorization (PA) process that required manual review by a psychiatrist of SGA prescriptions 1) where >1 SGA was prescribed, and 2) in all children <5 years of age. In November 2011, the PA required providers to obtain informed consent and implement metabolic monitoring (weight, serum glucose and lipids) for all new patients prescribed a SGA. In June 2012, this requirement was extended to all established patients on a SGA. Medicaid claims databases were used to evaluate the number and proportion of children who were prescribed a SGA from October 2006 through October 2014.

Results: In October of 2006 and 2014, respectively, 397,137 (51.4% male, 52.6% white, 39.3% <5 years of age, 1.4% in foster care) and 479,167 (51.7% male, 46.9% white, 35.6% <5 years of age, 1.6% in foster care) children were enrolled in AR-Medicaid. Overall, there was a 46.4% decrease in children prescribed a SGA between 2006 and 2014; 1.25% (n=4,967) in 2006

to 0.67% (n=3,206) in 2014 ($p < .05$). During the same period, SGA prescriptions in children aged <5, 5-12, and 13-17 years decreased by 95%, 54.3%, and 35.1%, respectively; 0.22% (n=349) to .01% (n=21), 1.73% (n=2,583) to 0.79% (n=1,539), and 2.22% (n=2,041) to 1.44% (n=1,647), respectively. This trend remained consistent by gender, race, and foster care status. The most significant decrease was seen after implementation of informed consent and metabolic monitoring, from 1.37% in 2011 to 0.67% in 2014 ($p < .05$).

Conclusions: The intervention strategies of a prior authorization process resulted in significant decrease in antipsychotic use in all age groups of children enrolled in Arkansas Medicaid over the study period. The requirement of informed consent with metabolic monitoring appeared to have the most impact.

134. MAJOR DEPRESSIVE DISORDER, SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITORS, AND BACTERIAL TRANSLOCATION

*Calarge C.1; Tyler B.2; Coryell W.2; Deveraj S.1
Baylor College of Medicine¹; The University of Iowa², USA*

Introduction: The role subclinical inflammation plays in mood disorders is increasingly recognized. However, the triggers activating the inflammatory response have yet to be fully characterized. Here, we examined whether major depression disorder (MDD) and treatment with selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) were associated with microbial translocation, as reflected by plasma lipopolysaccharides (LPS) concentration.

Methods: 15 to 20 year-old participants within one month of starting an SSRI or unmedicated enrolled in a study examining the skeletal effects of SSRIs. They underwent an extensive psychiatric assessment and completed the Beck Depression Inventory (BDI-II). Their height and weight were measured and their treatment history obtained by self-report and pharmacy records. A Chromogenic limulus amebocyte lysate assay (Lonza Walkersville, Inc., Walkersville, MD, USA) was performed to measure LPS concentration in plasma

samples, collected following an overnight fast, using citrate tubes.

Results: Data were available for 143 participants (55% females, age: 20.1 ± 1.8 years). Their age-sex-specific body mass index (BMI) z score was 0.43 ± 0.98 and their score on the BDI-II was 6 ± 9 (range: 0-46). Thirty two percent were in a current MDD episode, 42% were in remission, and 26% never had MDD. In addition, 24% were taking SSRIs. After adjusting for age, sex, and BMI z score, SSRI use was associated with a higher LPS concentration ($p < 0.008$) and there was a trend for having MDD (past or present) to be associated with a lower LPS concentration ($p < 0.09$).

Conclusion: In a group of older adolescents, the use of SSRIs was associated with higher microbial translocation. This might be consistent with reports of increased risk for clostridium difficile infections during SSRI treatment. Future work should examine the effect of SSRI use on gut bacterial composition.

135. RISPERIDONE INDUCED AMENORRHEA AND GALACTORRHEA WITHOUT RISE IN PROLACTIN IN A CASE OF A TEENAGER PATIENT

*Rais T.1; Singh A. P.2; Kaur H.2; Singh T.2
University of Toledo College of Medicine and Life Sciences¹; Community Psychiatry², OH, USA*

Introduction: We present the case of a 16 year old patient who developed reversible amenorrhea and galactorrhea after small dosages of Risperidone given for a relative short period of time.

Case Description: Patient's diagnosis is Autism Spectrum Disorder, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Inattentive type and Mood disorder not otherwise specified.

Over the years treatment of these conditions included: Seroquel (Quetiapine) which had no effect and Abilify (Aripiprazole) that increased the patient's aggression. In addition, pharmacotherapy of ADHD included Ritalin (Methylphenidate) and Adderall (Amphetamine/Dextro-amphetamine), which also increased aggressive behaviors in the patient and were subsequently abandoned. The dose

of Risperidone was 0.25mg twice daily was prescribed to target patient's ongoing irritability and agitation.

After 3 months of being on this dose of Risperidone the patient stopped having periods and developed galactorrhea. The prolactin levels and Pituitary MRI came back normal. Risperidone was discontinued. The patient's menstrual cycles returned to normal in three weeks and galactorrhea subsided.

Discussion: The case is the only one that we found in our literature search in a case of a teenager patient and raises the question of increased sensitivity to these Risperidone induced side effects in this population group.

In 1976 Sachar et al (1) reported that neuroleptics can raise prolactin levels due to their dopamine antagonist action.

Kleinberg et al (2) found that patients who are taking Risperidone have higher prolactin serum levels than patients on Haldol, hypothesizing that this may be due to the higher affinity of Risperidone's 9-OH metabolite for the D2 post synaptic receptors. Although, the side effects related to this were the same in the group receiving Risperidone as compared with the ones receiving Haldol (Haloperidol). While amenorrhea or galactorrhea was reported in 10% of the female patients receiving Risperidone or Haloperidol, there was no correlation between the dose of Risperidone and the hyperprolactinemia side effects.

Bun-Hee Lee et al (3) did a pilot study with 16 female patients, ages from 28 to 43 years-old with amenorrhea after 3 months of Risperidone treatment. Fourteen patients' prolactin levels were elevated.

Yong-Ku Kim et al (8) reported a 5 case series of patients with elevated prolactin levels after taking Risperidone in moderate and low doses (1mg to 8 mg) who developed amenorrhea.

136. MEJORÍA EN PACIENTES CON TDAH RESISTENTES A TRATAMIENTO CON METILFENIDATO TRAS PASAR A SER TRATADOS CON LISDESANFETAMINA. ESTUDIO DESCRIPTIVO

Martínez Luna F. R.; García E.; De Bernardo P.; Beato Fernandez L.; Baos P.; Mella L.
Hospital General De Ciudad Real, España

Introducción: Tras la reciente comercialización de un nuevo psicoestimulante en España (Lisdesanfetamina) se carece de un número importante de datos de la práctica clínica que muestren una eficacia real de su uso, cuando ya han fallado otros psicoestimulantes.

Métodos: Estudio descriptivo que incluye 30 pacientes (24 niños y 6 niñas), diagnosticados de TDAH (25 de predominio hiperactivo/impulsivo y 5 de predominio inatento), con puntuaciones iniciales por encima de 21 (sobre 30). Los pacientes habían sido tratados, sin éxito, al menos durante los 6 meses previos, con dosis terapéuticas de Metilfenidato. Según indicación oficial, se procedió a cambiar la medicación por Metilfenidato, con dosis inicial de 30 mg/día, si bien 4 niños respondieron a 50 mg/día y 6 niños, llegaron a 70 mg/día.

Resultados: De las historias revisadas, 25 niños obtuvieron mejoría de más de 5 puntos en el cuestionario Conners, con una percepción de mejoría importante en el niño y su familia. Los otros 5 niños, o no respondieron o dejaron el tratamiento por falta de tolerancia.

Conclusiones: El presente trabajo, sin poder ser considerado nada más que un estudio descriptivo, muestra una evidente buena respuesta en niños tratados con Lisdesanfetamina, cuando no han respondido a Metilfenidato.

137. ARIPIPRAZOLE LONG-ACTING INJECTION: A REVIEW OF ITS USE IN CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY

Solerdelcoll M.1; Espinosa L.1; De Castro C.1; Sugranyes G.2; Baeza I.3

Department of Psychiatry and Psychology, Institute of Neuroscience, Hospital Clínic de Barcelona¹; Department of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology, Institute of Neuroscience, Hospital Clínic de Barcelona. Institut D'investigacions Biomèdiques Agustí Pi I Sunyer (idibaps)²; Department of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology, Institute of Neuroscience, Hospital Clínic de Barcelona. Institut D'investigacions Biomèdiques Agustí Pi I Sunyer (idibaps). Centro de Investigación Biomédica en Red De Salud Mental (ciber3)

Introduction: Aripiprazole long-acting injection

(ABILIFY MAINTENA®) for intramuscular use is an atypical antipsychotic agent recently approved by The FDA, for the maintenance treatment of schizophrenia in adults. Long-acting injectable antipsychotics (LAIs) may improve adherence to treatment and reduce the rate of relapse and rehospitalization in first-episode or recent-onset schizophrenia. Despite the increase in LAIs use among children and adolescents in recent years, there is scarce information about their prescription in the clinical practice, safety and effectiveness in this group of age.

The objective of this retrospective study was to describe clinically and socio-demographically those children and adolescents who initiated aripiprazole long-acting.

Methods: All patients admitted to the Child and Adolescent Psychiatric Inpatient Unit of Hospital Clinic of Barcelona during 2015, who started aripiprazole long-acting, were reviewed. A revision of the medical records was conducted.

Results: A total of 7 patients were included. Mean age was 16 (SD=1.71) years (range 14-17) and 4 were females. 5 patients were Caucasian. Psychosocial context was a significant influence since all had problems with primary support group. Regarding diagnoses, in our study aripiprazole long-acting was prescribed in psychotic disorders (PD) (4/7) and disruptive behavior disorder (DBD) (3/7). One of the patients with PD had also a diagnosis of autism spectrum disorder and a patient with DBD had a low intelligence quotient, as comorbidity. There was a concomitant use of illegal drugs in two patients.

Two of the patients were naive of psychotropic medications before admission while oral aripiprazole was the most common antipsychotic (AP) in the rest of subjects.

Improve adherence to treatment was the main reason for switching AP in all cases. The second reason was due to side effects of AP, especially extrapyramidal symptoms. After the hospital discharge, the follow-up was possible in three cases, all with good compliance and one patient required readmission for behavioral disturbances. No side-effects were reported.

Discussion: These preliminary results show that aripiprazole long-acting in children and adolescents is well tolerated and safe.

Considering that poor adherence to oral AP treatments and the relapse due to non-adherence, psychiatrists should consider the option of LAIs in minors.

Further studies are needed to increase our knowledge of the efficacy, safety and tolerability of LAIs treatment in children and adolescents. Research is needed to determine the effectiveness of this medication for reducing challenging behavior.

138. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE ESTIMULANTES EN LA POBLACION PEDIATRICA

Ruiz Antorán B.1; Centeno Soto G. A.1; Fernández Fernández R.2; Colino L.2; Palanca Maresca I.3
Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid¹; Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid²; Unidad de Psiquiatría Infantil. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid³, España

Introducción: Diferentes estudios han detectado un aumento en el uso de medicamentos para el TDAH durante los últimos años. El objetivo de este trabajo es describir el perfil de utilización actual de estimulantes en la población pediátrica en atención especializada (AE).

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo de prescripción-indicación. Se incluyó a todos los pacientes vistos en las consultas de salud mental del área 6 de Madrid en tratamiento con estimulantes (metilfenidato, atomoxetina y lisdexanfetamina) durante 2014. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, pautas de tratamiento, tratamientos concomitantes y comorbilidad asociada (en particular trastornos del espectro autista).

Resultados: Del total de los 855 pacientes vistos en las consultas durante 2014, 349(40,8%) recibieron tratamiento con algún estimulante. El 78,8% eran varones, la edad media era de 12,6 años (rango 4,4-18,8). 84 de los 349 pacientes (24%) pacientes cambiaron de estimulante durante este año, lo que generó un total de 455 prescripciones. La frecuencia de prescripción fue: metilfenidato 58,7%, atomoxetina 22,2% y lisdexanfetamina 19,1%. 34 pacientes (9,7%) recibieron concomitantemente al menos 2 estimulantes diferentes, la

asociación más frecuentemente prescrita fue atomoxetina con metilfenidato en 27 pacientes (79,4%). 2 pacientes recibieron los tres estimulantes de forma concomitante.

En relación con las diferentes formas de metilfenidato, Concerta® fue el más frecuentemente prescrito (31,4%), seguido de Medikinet® (29%), Equasym® (24,8%) y Rubifen® (14,9%). 14 pacientes recibieron diferentes formas de metilfenidato concomitantemente, la asociaciones más frecuentes fueron Rubifen®+Medikinet® en 6 pacientes y Rubifen®+Concerta® en 5 pacientes.

El tratamiento con estimulantes se asoció con antipsicóticos en un 13,8 % de los pacientes, con antidepresivos en el 11,7% y con ansiolíticos en el 2,9% de los pacientes. En 19 pacientes (5,4%) coexistía el diagnóstico de trastorno del espectro autista.

Un 28,6% de las prescripciones fueron suspendidas, las causas más frecuentes de suspensión fueron la falta de respuesta (61,7%) y efectos adversos (28,4%). Por principio activo la discontinuación por falta de respuesta fue del 65,9% para metilfenidato, 65,8% para atomoxetina y un 33,3% para lisdexanfetamina. La discontinuación por efectos adversos fue del 25,9% para metilfenidato, 21,1% para atomoxetina y un 55,6% para lisdexanfetamina.

Los efectos adversos más frecuentes que causaron discontinuación fueron: agresividad/nerviosismo en un 24,3% de las retiradas, digestivos (vómitos/inapetencia) 13,5%, cardiovasculares (palpitaciones) 13,5%, e insomnio en el 10,8%.

Conclusión: El perfil de utilización de estimulantes en la población pediátrica es complejo, son frecuentes los cambios de tratamientos y la asociación con otros psicofármacos. El conocimiento real del uso de estimulantes podría permitirnos detectar áreas de mejora del uso de los mismos.

139. PROTOCOLIZACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DE PSICOFÁRMACOS EN UNA POBLACIÓN VULNERABLE

Gallano I.1; Fuentes J.2; Isasa I.3

Director Médico de Gautena¹; Jefe de la Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Policlínica Gipuzkoa²; Psiquiatra Consultora, Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Policlínica Gipuzkoa³, San Sebastián, España.

Introducción: El constituir una población con limitaciones cognitivas, sociales y comunicativas hace que las personas con Trastornos del Espectro del Autismo (TEA) y/o Discapacidad Intelectual (DI) tengan más riesgo que los demás a la hora de recibir medicación, tanto en su indicación y consentimiento, como a la hora de valorar su efectos positivos y adversos.

Para afrontar estas dificultades diseñamos el PHARMAUTISME-TR* (Texto revisado, publicado en 2008 y accesible gratuitamente en Internet). La muestra en la que se describe su aplicación incluye a 791 personas entre 1 y 65 de edad, diagnosticadas de TEA y/o DI, según criterios DSM-5, con evaluación psicométrica y ADI-R y ADOS-G en el caso de las personas con TEA, que vienen recibiendo tratamiento en GAUTENA, iniciativa de Gipuzkoa.

Método: La aplicación del PHARMAUTISME-TR forma parte del Sistema de Aseguramiento de la Calidad ISO 9001, en el que GAUTENA está acreditada desde 1998, fecha en que se inició su utilización de forma progresiva.

Tras la detección y análisis de los síntomas o trastornos que se quieran tratar, se determina el fármaco que se va a utilizar, incluido en el listado de Antipsicóticos, Psicoestimulantes, Ansiolíticos, Antidepresivos, Antiépilépticos y Otros.

La aplicación requiere varios pasos, que se pueden realizar mediante soporte de informático o en papel, y que incluyen consentimiento del paciente y/o de sus familiares; entrega de información sobre el fármaco a la familia o usuario; recogida de información clínica previa; condiciones de prescripción y control; entrega de información sobre el fármaco a profesionales educativos y sociales, y recogida de datos de las revisiones, con posibles efectos adversos y planificación del próximo control.

Resultados: La administración de medicamentos psicotrópicos a lo largo del ciclo vital se ha mantenido durante 17 años en cifras inferiores al 30% (siendo

actualmente 27%). Este porcentaje en los menores de 18 años ha oscilado entre 10 y 16%. En dos terceras partes de las situaciones los neurolépticos son los medicamentos utilizados, presentándose en el poster las patologías tratadas, los tipos de fármacos utilizados y los efectos adversos identificados por franjas de edad

Conclusiones: El protocolo permite garantizar una buena práctica, auditada por agencias externas de calidad tipo AENOR, del uso de medicamentos psicotrópicos en esta población.

(*) PHARMAUTISME – TR (2008) Fuentes, J., Gallano, I., Isasa, I., Cundín, M y Martin, A. Publicado en Internet por GAUTENA (www.pharmautisme.org)

Normas de AEPNYA-AACAP de declaración de conflicto de intereses para la Formación Médica Continuada

AEPNYA-AACAP Continuing Medical Education Policy on full disclosure

Al enviar una propuesta, AEPNYA y AACAP han requerido la declaración de cualquier interés económico significativo o cualquier relación comercial asociada a la sesión y/o a servicios comerciales ofrecidos. Las y los ponentes deben también declarar verbalmente dichos conflictos en su presentación. Deben asimismo declarar si reciben apoyo económico del congreso.

Se ofrecen a continuación el nombre del o de la ponente; el nombre de quien recibe el apoyo, y su relación. Cualquier ponente no incluido en este listado carece de conflictos de interés. Se respeta el lenguaje (español o inglés) que la persona ha utilizado.

At the time of the submission, both AEPNYA and AACAP, have required disclosure of the existence of any significant financial interest or other affiliation with a commercial support of the session and/or provider of commercial services. Presenters are also required to disclose verbally at the presentation. Presenters must disclose if financial support is received from the congress.

The presenter's name, the supporter's name and relationship are listed below. Any presenter not listed below have no conflicts of affiliation to disclose. The language used by the presenter (English or Spanish) is respected.

José Angel Alda-Díez

Apoyo de Janssen-Cilag, Lilly, Shire y Rovi (Juste), Otsuka para asistir a reuniones y congresos; honorarios como ponente para Janssen-Cilag, Juste, Lilly y Shire; Recibido financiación para la investigación de la Fundación Alicia Koplowitz, Instituto Carlos III, Shire, Lilly y AATRM y ha realizado actividades de consultoría para Janssen-Cilag, Lilly, Shire y Rovi (Juste). Apoyo parcial de AEPNYA-AACAP para asistir a este Congreso.

Celso Arango

Has been a consultant to or has received honoraria or grants from Abbot, AMGEN, AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Caja Navarra, CIBERSAM, Fundación Alicia Koplowitz, Forum, Instituto de Salud Carlos III, Janssen Cilag, Lundbeck, Merck, Ministerio de Ciencia e Innovación, Ministerio de Sanidad, Ministerio de Economía y Competitividad, Mutua Madrileña, Otsuka, Pfizer, Roche, Servier, Shire, Schering Plough and Takeda. Partial support from AEPNYA-AACAP to attend this congress.

Inmaculada Baeza

Ha recibido honorarios y ayuda de Otsuka-Lundbeck y Janssen para asistir a congresos, así como becas de investigación de la Fundación Alicia Koplowitz y del Fondo de Investigación Sanitaria (Instituto de Salud Carlos III).

Sharnail Bazemore

Shire: Funded their Investigator-Sponsored trial, providing medication, travel and financial support.

Xavier Benarous

Shire: Consultant.

Pradeep Bhide

President and Chief Scientific Officer, Avekshan LLC, Tallahassee, FL.

Joseph Biederman

Currently receiving research support from the following sources: The Department of Defense, Food & Drug Administration, Lundbeck, Merck, Neurocentria Inc., PamLab, Pfizer, Shire Pharmaceuticals Inc., SPRITES, Sunovion, and NIH. In 2016, Dr. Biederman received honoraria from the MGH Psychiatry Academy for tuition-funded CME courses, and from Avekshan, Alcobra and AACAP. He has a US Patent Application pending (Provisional Number #61/233,686) through MGH corporate licensing, on a method to prevent stimulant abuse. In 2015, Dr. Biederman received honoraria from the MGH Psychiatry Academy for tuition-funded CME courses, and from Avekshan. He received research support from Ironshore, Magceutics Inc., and Vaya Pharma/Enzymotec.

Boris Birmaher

NIMH grants, Royalties from books, consultant for Janssen, and partial support from AEPNYA-AACAP to attend this congress

Somer Bishop

Western Psychological Services: Royalties for publication of the Autism Diagnostic Observation Schedule, Module 2 (ADOS-2). All royalties related to her own research or clinical work are donated to charity.

Hilario Blasco Fontecilla

Shire: Apoyo parcial para asistir a este congreso.

Jan Buitelaar

Research EU-AIMS funded by the European Union's Innovative Medicines Initiative Joint Undertaking under grant agreement number 115300, including a financial contribution from the European Union's Seventh Framework Programme (FP7/2007–2013) and a European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA) companies' in-kind contribution.

Romuald Bunner

The SEYLE Study was found by the EU - Commission

Juan J. Carballo

Shire: Apoyo parcial para asistir a este congreso.

Gabrielle Carlson

Partial support from AEPNYA- AACAP to attend this congress

Xavier Castellanos

Partial support from AACAP-AEPNYA to attend this congress

Josefina Castro-Fornielles

Apoyo parcial de AEPNYA-AACAP para asistir a este congreso.

Pilar de Castro-Manglano

Has received, in the last three years, research support and/or has served as unrestricted speaker for Lundbeck, and Shire.

Barbara Coffey

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: Honoraria; Astra Zeneca: Research Support; Auspex/Teva: Research Support; Advisory Board Catalyst: Research Support; Genco Sciences: Advisory Board; Neurocrine: Research Support; NIMH: Research Support; Otsuka: Research Support; Shire: Research Support; Tourette Association of America: Research Support and Former Medical Advisory Board, Speakers' Bureau.

Azucena Díez-Suárez

Has received, in the last three years, research support and/or has served as unrestricted speaker for Lundbeck, Otsuka, and Shire. Royalties: Editorial Médica Panamericana and EUNSA.

Stephan Eliez

Partial support from AEPNYA-AACAP to attend this congress.

Aránzazu Fernandez-Rivas

Apoyo parcial de AEPNYA-AACAP para asistir a este congreso.

Ana Figueroa Quintana

Apoyo parcial de AEPNYA-AACAP para asistir a este congreso.

Gregory Fritz

Royalties from: Wiley, Inc: Editor, Brown University Child and Adolescent Behavior Letter.

Joaquín Fuentes

Research support from the EU Commission and from the non-lucrative Policlínica Gipuzkoa Foundation. He has received support, until October 2014, for research, as speaker's Bureau, for delivering non-restricted lectures, and/or for in-kind services from Medice, Eli Lilly and Co., Shire, and Janssen Pharmaceuticals. Partial support from AEPNYA-AACAP to attend this congress.

Ignacio Gallano

Apoyo de Lundbeck, Lilly y Janssen-Cilag para asistir a congresos científicos en los últimos tres años.

Blanca García-Delgar

AEPNYA y Fundación Alicia Koplowitz: Ayuda de investigación

Sofía Gómez Sánchez

Shire: apoyo parcial para asistir a este congreso.

Pablo José González Domenech

AEPNYA: Ayuda de investigación

Gisbert Gustemps

Shire: apoyo parcial para asistir a este congreso.

Oscar Herreros-Rodríguez

Apoyo parcial de AEPNYA-AACAP para asistir a este congreso.

Amaia Hervás

Shire: conferencias, consejos asesores y viajes a congresos. Apoyo parcial de AEPNYA-AACAP para asistir en este congreso.

James J Hudziak

Grants from NIMH and NIDDK. Associate Editor of JAACAP. Partial support from AEPNYA-AACAP to participate in this Congress.

Jeffrey Hunt

Wiley Publishers: Senior editor of Brown Child and Adolescent Psychopharmacology Update.

Irma Isasa

Research Funding and In-Kind services: Hoffman -La Roche, Shire, Janssen. Partial support from AEPNYA-AACAP to attend this congress.

Walter Jaimes-Albornoz

Shire: partial support to attend this congress

José L. Jiménez Hernández

Shire: apoyo parcial para asistir a este congreso

Gagan Joshi

He is supported by the National Institute of Mental Health (NIMH) of the National Institutes of Health (NIH) under Award Number K23MH100450. He receives research support from Pfizer and the Simons Center for the Social Brain as a principal investigator (PI) for investigator-initiated studies. Additionally, he receives research support from Duke University and Sunovion Pharmaceuticals as a site PI for multi-site trials. He is a co-investigator for a clinical trial sponsored by the U.S. Department of Defense. He received an honorarium from the Governor's Council for Medical Research and Treatment of Autism in New Jersey for grant review activities and speaker's honorariums from the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Massachusetts General Hospital Psychiatry Academy, and the Medical Society of Delaware.

Paramjit Joshi

Partial support from AEPNYA-AACAP to attend this congress.

Vivian Kafantaris

Site PI for industry-sponsored research: Pfizer, Sunovion.

Gabriel Kaplan

Founder and President: The New Alliance Academy-

Young-Shin Kim

Partial support from AEPNYA-AACAP to attend this congress.

Sharion Leuenberger

Shire: Investigator-Sponsored trial supported by providing medication, travel and financial support.

Bennett Leventhal

Janssen: consultant. Partial support from AEPNYA-AACAP to attend this congress.

Eva Loth

Research EU-AIMS funded by the European Union's Innovative Medicines Initiative Joint Undertaking under grant agreement number 115300, including a financial contribution from the European Union's Seventh Framework Programme (FP7/2007–2013) and a European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA) companies' in-kind contribution.

Josep Matalí Costa

Apoyo parcial de AEPNYA-AACAP para asistir a este congreso.

Covadonga Martínez Díaz-Caneja

Becas de investigación Río Hortega (Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Economía y Competitividad), y de la Fundación Alicia Koplowitz.

Beatriz Martínez-Nuñez

Janssen: apoyo parcial para asistir a este congreso

Francisco Ramón Martínez

Research, In-Kind services and honoraries as a speaker from Shire, Janssen, Otsuka, Alter, Rubio and Lilly.

Dolores Moreno Pardillo

Apoyo parcial de AEPNYA-AACAP para asistir a este congreso.

Carmen Moreno Ruiz

Grant/research support from European Union Funds, Fundación Alicia Koplowitz, CIBERSAM, Instituto de Salud Carlos III, Spanish Ministry of Economy and Competitiveness. Consultant for Servier, Janssen-Cilag, Otsuka, Astra Zeneca, Bristol-Myers Squibb, and Lundbeck. Partial support from AEPNYA-AACAP to attend this congress

Jeffrey H. Newcorn

Company: 1) Alcobra, Biobehavioral Diagnostics, Cerecor, Enzymotec, GencoSciences, Ironshore, Neos, Rhodes, Shire. 2) Enzymotec, Shire. 3) Sunovion Nature of potential disclosure: 1) Dr. Newcorn has been an companies identified in #1 above 2) Dr. Newcorn has received research support for the companies identified in #2 above 3) Dr. Newcorn is a member of the DSMB for Sunovion.

Marianne Oldehinkel

Research EU-AIMS funded by the European Union's Innovative Medicines Initiative Joint Undertaking under grant agreement number 115300, including a financial contribution from the European Union's Seventh Framework Programme (FP7/2007–2013) and a European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA) companies' in-kind contribution.

Melvin Oatis

Speaker Bureau: Pfizer, Rhodes.

Maria Inmaculada Palanca Maresca

Rovi Apoyo parcial para asistir a este Congreso. Apoyo de ROVI y de Shire para asistir a reuniones científicas y a otros congresos en los últimos dos años.

Mara Parellada

Ayudas educativas de Janssen, Lundbeck, Lilly y Juste, y de apoyo a la investigación del FIS (Ministerio de Sanidad) y Fundaciones Alicia Koplowitz y Mutua Madrileña. Apoyo parcial de AEPNYA-AACAP para asistir a este congreso.

Beatriz Payá-González

Apoyo parcial de AEPNYA-AACAP para asistir a este congreso.

John Piacentini

Partial support from AEPNYA-AACAP to attend this congress

Guilherme Polanczyk

He has received grant or research support from the National Council for Scientific and Technological Development (CNPq), the São Paulo Research Foundation (FAPESP), Fundação Maria Cecilia Souto Vidigal, Grand Challenges Canada, and the Bill & Melinda Gates Foundation. He has served as a consultant to Shire and Johnson & Johnson. He has served on the speakers' bureau of Shire. He has received royalties from Editora Manole.

Elena Pujals Altés

Shire: apoyo parcial para asistir a este congreso.

Javier Quintero

Has received unrestricted research grants from Otsuka and Mutua Madrileña. He has been speaker or consultant for Shire, Lilly, Merck, Janssen, PANDAH and FEAADAH (Spanish Federation of ADHD Associations) and Tomas Pascual Foundation.

Josep Antoni Ramos

Member of the speakers' bureau and/or acted as consultant for Eli-Lilly, Novartis, Shire, Lundbeck, Ferrer and Rubió in the last 3 years. He also received travel awards (air tickets + hotel) for taking part in psychiatric meetings from Rubió, Ferrer, Shire and Eli-Lilly. The ADHD Program chaired by him received unrestricted educational and research support from the following pharmaceutical companies in the last 3 years: Eli-Lilly, Shire, Rovi, Lundbeck and Rubió. Partial support from AEPNYA-AACAP to attend this congress.

Soledad Romero

Apoyo parcial de AEPNYA-AACAP para asistir a este congreso.

María Ribeiro

In the last three years, has received support for CME activities from Shire

Belén Rubio-Martorell

Apoyo parcial de AEPNYA-AACAP para asistir a este congreso

Pedro M. Ruiz-Lázaro

Rovi: Apoyo parcial para asistir a este congreso.

Luis Augusto Rohde

Has been a member of the speakers' bureau/advisory board and/or acted as a consultant for Eli-Lilly, Janssen-Cilag, Novartis and Shire in the last three years. He receives authorship royalties from Oxford Press and ArtMed. He has also received travel awards from Shire for his participation in the 2014 American Psychiatric Association meeting and in the 2015 World Federation of ADHD meeting. The ADHD and Juvenile Bipolar Disorder Outpatient chaired by him received unrestricted educational and research support from the following pharmaceutical companies in the last three years: Eli-Lilly, Janssen-Cilag, Novartis, and Shire.

Lori Schweickert

Shire: Investigator-Sponsored trial supported by providing medication, travel and financial support.

Cesar Soutullo

In the last three years, has received research support and/or has served in the advisory board and/or as a unrestricted speaker for Editorial Médica Panamericana, Eli Lilly, Lundbeck, Pfizer, TEVA, Rubió, and Shire. Royalties from DOYMA, Editorial Médica Panamericana, EUNSA, Mayo Ediciones. Has received partial support from AEPNYA-AACAP to attend this congress.

Thomas Spencer

In the last three years has received research support from the following sources: Shire Laboratories Inc, Alcobra, Lundbeck Sunovion, VayaPharma, the FDA and the Department of Defense. Dr. Spencer is or was a consultant for the following pharmaceutical companies: Alcobra, Heptares, Impax, Ironshore, Lundbeck Inc., Shire Laboratories Inc, Sunovion, VayaPharma Ltd. Consultant fees are paid to the MGH Clinical Trials Network and not directly to Dr. Spencer. Dr. Spencer is or was on an advisory board for the following pharmaceutical companies: Alcobra. Dr. Spencer receives research support from Royalties and Licensing fees on copyrighted ADHD scales through MGH Corporate Sponsored Research and Licensing. Dr. Spencer has a US Patent Application pending (Provisional Number #61/233,686), through MGH corporate licensing, on a method to prevent stimulant abuse

Jullian Tillman

Research EU-AIMS funded by the European Union's Innovative Medicines Initiative Joint Undertaking under grant agreement number 115300, including a financial contribution from the European Union's Seventh Framework Programme (FP7/2007–2013) and a European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA) companies' in-kind contribution.

Josep Toro

Apoyo parcial de AEPNYA-AACAP para asistir a este congreso.

María Vallejo-Valdivielso

In the last three years, has received support for CME activities from Janssen and Shire

John Walkup

Partial support from AEPNYA-AACAP to attend this congress

— — — — —
Addendum: Jeffrey Bostic, Victor Carrion, Harold S. Koplewicz, Andres Martin and Joseph Shrand received partial travelling support from *EUSKADI GazteChildren2016*; a non-for-profit parallel initiative held in Donostia / San Sebastián coinciding with the AEPNYA-AACAP Congress. This community awareness venture did not qualify for CME and disclosures were not indicated.

La revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil (abreviado: **Rev Psiquiatr Infanto-Juv**), de periodicidad trimestral, es la publicación oficial de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA), y tiene la finalidad de participar, a través de su publicación, en la mejora de la calidad de la asistencia clínica, de la investigación, de la docencia y de la gestión de todos los aspectos (teóricos y prácticos) relacionados con la psiquiatría del niño y el adolescente. Por ello, está interesada en la publicación de manuscritos que se basen en el estudio de estos contenidos desde sus distintos y diversos puntos de vista: genético, epidemiológico, clínico, psicoterápico, farmacológico, socio-sanitario, etc., así como desde el punto de vista social, cultural y económico.

La revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil se adhiere a los Requisitos Uniformes para Manuscritos presentados a Revistas Biomédicas (5ª edición, <http://www.icmje.org>): Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y las Normas de Vancouver, 1997.

Los originales para publicación deberán enviarse a la Secretaría Técnica de la Revista, a través de su correo electrónico, direccion.revista@aepnya.org, o del sistema disponible en su pagina web, www.aepnya.com, en la sección "Información para autoras/es". La Secretaría acusará recibo de los originales entregados e informará en su momento acerca de su aceptación y de la fecha de posible publicación.

Esta Normas de Publicación recogen los aspectos generales más utilizados en la redacción de un manuscrito. En aquellos casos en que estas normas sean demasiado generales para resolver un problema específico, deberá consultarse la página web del International Committee of Medical Journal Editors (<http://www.icmje.org>).

Los originales se 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 la 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), 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. Están citadas en el texto en su lugar correspondiente.

Los dibujos y gráficos especiales deberán presentarse en formato electrónico adecuado (preferiblemente jpg o tiff). Deberán llevar una numeración correlativa conjunta, estarán debidamente citados en el texto y sus pies explicativos irán incorporados al texto en el lugar de su cita. En caso de utilización de formatos informáticos especiales, los autores deben ponerse en contacto con la Secretaría Técnica de la Revista para valorar la mejor solución. Si se reproducen fotografías o datos de pacientes, éstos no deben ser identificativos del sujeto, y se acompañarán del correspondiente consentimiento informado escrito que autorice su publicación, reproducción y divulgación en soporte papel y en Internet en formato de libre acceso en la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Bibliografía

Las referencias bibliográficas se presentarán todas la final del manuscrito, se numerarán por orden de aparición en el texto, y el número arábigo que corresponda a cada una será el que utilizará en el texto (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. Techniques 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 dispone de nº de volumen.
- 2.- Libro: Autor/es o editor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; Año (Hassani S. *Mathematical physics. A modern introduction to its foundations*. New York: Springer-Verlag; 1999).

- 3.- Capítulo del libro: Autores del capítulo. Título del capítulo. En Director/es o Recopilador/es o Editor/es del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. p. página inicial-final del capítulo (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, o del sistema disponible en su página web, www.aepnya.com, en la sección "Información para autor/es". La Secretaría acusará recibo de los originales entregados e informará en su momento acerca de su aceptación y de la fecha de posible publicación.

Todos los artículos deben acompañarse de una declaración de todos los autores del trabajo, manifestando que:

El manuscrito es remitido en exclusiva a la Revista de psiquiatría Infanto-Juvenil y no se ha enviado simultáneamente a cualquier otra publicación (ni está sometida a consideración), y no ha sido publicado previamente todo ni en parte. Esta última restricción no se aplica a los resúmenes derivados de las presentaciones en Congresos u otras reuniones científicas, ni a los originales que son extensión de los resultados preliminares del trabajo presentados previamente en reuniones, congresos, o simposios, debiendo en tal caso indicarse su nombre, ciudad y fecha, y remitirse junto con el manuscrito el trabajo presentado para certificar que el artículo original contiene datos diferentes o resultados ampliados de los de la comunicación.

Los autores son responsables de la investigación.

Los autores han participado en su concepto, diseño, análisis e interpretación de los datos, escritura y corrección, así como que aprueban el texto final enviado.

Los autores deberán especificar obligatoriamente si hay algún conflicto de interés en relación a su manuscrito. Especialmente, en estudios con productos comerciales los autores deberán declarar si poseen (o no) acuerdo alguno con las compañías cuyos productos aparecen en el manuscrito enviado o si han recibido (o no) ayudas económicas de cualquier tipo por parte de las mismas. Si el trabajo ha sido financiado, debe incluirse el origen y numeración de dicha financiación.

La Secretaría de Redacción acusará recibo de los originales entregados e informará en su momento acerca de su aceptación y de la fecha de posible publicación. El manuscrito será inicialmente examinado por el Comité Editorial, y si se considera susceptible de aceptación lo revisará y/o lo remitirá, de considerarse necesario, a al menos dos revisores externos considerados expertos en el tema. El Comité Editorial, directamente o una vez atendida la opinión de los revisores, se reserva el derecho de rechazar los trabajos que no juzgue apropiados, así como de proponer las modificaciones de los mismos que considere necesarias. Antes de la publicación en versión impresa o electrónica del artículo, el autor de correspondencia recibirá por correo electrónico las pruebas del mismo para su corrección, que deberán ser devueltas en el plazo de los 4 días siguientes a su recepción. De no recibirse dicha devolución, se entenderá que dichas pruebas se aceptan como definitivas.

La editorial remitirá a cada uno de los autores que haya facilitado su correo electrónico copia facsimilar digital en PDF de cada trabajo.

Revisión y revisión externa (peer review)

Se remitirán a revisión externa todos los manuscritos no rechazados en primera instancia por el Comité Editorial. Los manuscritos se remiten al menos a dos revisores considerados como expertos por la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. La elección de los revisores para cada trabajo se realizará atendiendo al contenido del manuscrito. Dependiendo de los contenidos del manuscrito podrán solicitarse evaluaciones especializadas técnicas, estadísticas y farmacológicas, cuando los trabajos se refieran a ensayos clínicos y utilización de fármacos. En cualquier caso, todo el proceso de revisión será confidencial y anónimo, remitiéndose a los revisores los manuscritos sin la autoría.

A través de los informes realizados por los revisores, el Comité Editorial tomará la decisión de publicar o no el trabajo, pudiendo solicitar a los autores la aclaración de algunos puntos o la modificación de diferentes aspectos del manuscrito. En este caso, el autor cuenta con un plazo máximo de un mes para remitir una nueva versión con los cambios propuestos. Pasado dicho término, si no se ha recibido una nueva versión, se considerará retirado el artículo. Asimismo, el Comité Editorial puede proponer la aceptación del trabajo en un apartado distinto al propuesto por los autores.

La editorial revisará los aspectos formales del trabajo, descritos en estas normas. Un manuscrito puede ser devuelto a sus autores por incumplimiento de las normas de presentación. Una vez aceptados los trabajos, los manuscritos se someten

a una corrección morfolingüística y de estilo. Los autores podrán comprobar los cambios realizados al recibir las galeras, aprobar dichos cambios o sugerir modificaciones.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Las investigaciones origen de los artículos remitidos habrán de ajustarse a la Ley 14/2007 de 3 de julio de Investigación Biomédica y sus posteriores modificaciones, así como a la Declaración de Helsinki y sus posteriores enmiendas, y deberá manifestarse en el apartado de Métodos que el protocolo de investigación y el consentimiento informado fueron aprobados por el correspondiente Comité de Ética, aportando certificado del hecho. Si pudiera sospecharse la identidad de un paciente, o si pretende publicarse una fotografía de éste, deberá presentarse su correspondiente consentimiento informado.

En caso de existir conflictos de intereses, y/o de haber recibido patrocinio o beca, deberán manifestarse siempre.

En caso del uso de animales para experimentación u otros fines científicos, deberá facilitarse la declaración de cumplimiento de las leyes europeas y nacionales (Real Decreto 1201/2005 de 10 de octubre sobre protección de los animales utilizados para experimentación y otros fines científicos, y posteriores modificaciones y regulaciones).

Los autores son responsables de obtener los oportunos permisos para reproducir material (texto, tablas, figuras) de otras publicaciones.

En la lista de autores deben figurar únicamente aquellas personas que han contribuido intelectualmente al desarrollo del trabajo. En general, para figurar como autor se deben cumplir los siguientes requisitos:

1. Haber participado en la concepción y realización del trabajo que ha dado como resultado el artículo en cuestión.
2. Haber participado en la redacción del texto y en las posibles revisiones del mismo.
3. Haber aprobado la versión que finalmente va a ser publicada. La Secretaría de Redacción declina cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos.

El contenido del artículo debe ser completamente original, no haber sido publicado previamente, y no estar enviado a cualquier otra publicación ni sometido a consideración o revisión.

Esta última restricción no se aplica a los resúmenes derivados de las presentaciones en Congresos u otras reuniones científicas, ni a los originales que son extensión de los resultados preliminares del trabajo presentados previamente en reuniones, congresos o simposios, debiendo en tal caso indicarse su nombre, ciudad y fecha, y remitirse junto con el manuscrito el trabajo presentado para certificar que el artículo original contiene datos diferentes o resultados ampliados de los de la comunicación. Los autores deben ser conscientes de que no revelar que el material sometido a publicación ha sido ya total o parcialmente publicado constituye un grave quebranto de la ética científica.

Los autores deben mencionar en la sección de Métodos que los procedimientos utilizados en los pacientes y controles han sido realizados tras obtención del correspondiente consentimiento informado. El estudio habrá sido revisado y aprobado por los comités de Investigación y/o Ética de la institución donde se ha realizado.

En el caso de la descripción de Casos Clínicos, cuando el paciente pueda ser reconocido por la descripción de la enfermedad o por las figuras que ilustren el artículo, deberá enviarse el correspondiente consentimiento informado con el permiso para la publicación tanto del texto del artículo como de las imágenes del mismo. Del mismo modo, los autores deberán declarar que han seguido los protocolos establecidos por sus respectivos centros sanitarios para acceder a los datos de las historias clínicas con el objeto de realizar este tipo de publicación con finalidad de investigación/divulgación para la comunidad científica.

VERIFICAR SIEMPRE ANTES DE REMITIR A LA SECRETARÍA

Compruebe el contenido de su envío:

1. Página titular incluyendo: título, lista de autores, nombre y dirección del centro, financiación, teléfono, e-mail.
2. Segunda página con resumen en español; resumen en inglés; palabras clave e español e inglés
3. Tablas y Figuras según el formato indicado, correctamente numeradas e identificadas en el manuscrito
4. Bibliografía estrictamente según los requisitos señalados en estas Normas de Publicación (no hacerlo podrá ser motivo de no aceptación)
5. Especificar la Sección de la Revista a la que se desea adscribir el manuscrito
6. Verificar las responsabilidades éticas y los conflictos de interés

AMERICAN ACADEMY OF
CHILD & ADOLESCENT
PSYCHIATRY

WWW.AACAP.ORG

New York Hilton Midtown
& Sheraton New York
Times Square Hotel



Boris Birmaher, MD
Program Chair



Laurence L. Greenhill, MD
Local Arrangements Chair



Scott M. Palay, MD
Local Arrangements Chair

SAVE THE DATES!

New Research Poster Submission Deadline:
June 15, 2016

Book Hotel and View Preliminary Program:
June 15, 2016

AACAP Member Registration Opens Online:
August 1, 2016

General Registration Opens Online:
August 8, 2016

AACAP's

63rd ANNUAL MEETING
OCTOBER 24-29, 2016 | NEW YORK, NY

Visit www.aacap.org/AnnualMeeting/2016
for the latest Annual Meeting Information!



Asociación Española de
Psiquiatría del Niño
y del Adolescente

Del 25 al 27
de mayo 2017
Palma
Illes Balears

61 congreso de la
asociación española
de psiquiatría del niño
y del adolescente

www.aepnya2017.com

Secretaría Técnica
océano azul
comunicación

congresos@oceano-azul.es
www.oceano-azul.es
Méndez Palayo, 4 - 2^oB
15005 La Coruña 981 90 90 12