



ESCALA DE INTELIGENCIA DE WESCHLER PARA NIÑOS: MÁS ALLÁ DEL CI. ESTUDIO DEL PERFIL COGNITIVO DE UNA MUESTRA DE PACIENTES ATENDIDAS EN UN CSMIJ

Mulet Pérez B, Zapater Carrasco C, López Seco F, González Molinero JL, Mundo Cid P, Harbane-Bosshot D, Casaus Samatán P.

HPU Institut Pere Mata.

Introducción: Las escalas de Wechsler son posiblemente las más conocidas para la valoración del perfil intelectual y en sus diferentes versiones se han ido extendiendo en el estudio de diferentes perfiles clínicos. Estudios previos con versiones anteriores han demostrado su utilidad en distintos perfiles, y ayudado a generar hipótesis y perfiles neuropsicológicos, como el “índice de distracción” del WISC-R o el perfil ACID en los TDAH. El WISC-IV puede ser una prueba mejor que las versiones anteriores del WISC en delimitar los puntos fuertes y débiles de los niños con TDAH. El objetivo de este estudio es aportar datos a los estudios hasta ahora escasos, tanto con muestras españolas como internacionales, del perfil cognitivo del WISC-IV en cuatro subgrupos diagnósticos: TDAH, trastornos generalizados del desarrollo (TGD), trastornos negativistas desafiantes/ disociales (TND/TD) trastornos específicos del desarrollo (TED).

Sujetos y métodos: 105 sujetos (83 niños y 22 niñas) entre 6 y 15 años (media=9,1, Sd=2,2) que consultan por trastornos de conducta y/o problemas de aprendizaje que han cumplimentado el WISC-IV entre Noviembre de 2006 y Diciembre de 2007. Se presentan datos preliminares: el perfil medio (medias y desviación típica) de los índices y los subtest del WISC. Se comparan los índices dentro de cada categoría diagnóstica y entre diferentes diagnósticos.

Instrumentos: Escalas de Inteligencia de Wechsler para niños- IV (WISC- IV).

Resultados: En los niños con TDAH hay caídas en el índice de MT y subtest de atención (LN, D, Ar) e información. El grupo de TGD tiene caídas en el CI total, CV, MT y en los subtest de información, vocabulario y dígitos. Los índices más bajos del grupo negativista/disocial son el de CV, MT y CI total y los subíndices de información, adivinanzas, vocabulario y semejanzas. El subgrupo de trastornos específicos obtiene un perfil global bajo y caídas en aritmética, vocabulario e información. Aparecen más diferencias significativas entre índices del perfil

intragrupo en los TDAH. Entre grupos hay diferencias significativas en los índices de CIT, CV y RP entre los TDAH y los demás subgrupos diagnósticos.

Conclusiones: Nuestros resultados reflejan un perfil cognitivo consistente con los estudios revisados en el grupo de TDAH: un funcionamiento cognitivo dentro de la normalidad con alteración manifiesta de la atención y secundariamente de funciones ejecutivas. En los TGD severas dificultades en el razonamiento abstracto; en los TND/D el rendimiento general medio-bajo y un perfil cognitivo más homogéneo sin que destaque significativamente ningún área de mayor afectación. En grupo de TED no encontramos demasiadas diferencias en el perfil y comparado con los demás, posiblemente por ser demasiado heterogéneo para extraer conclusiones. El WISC-IV parece un instrumento prometedor para evaluar diferencias entre grupos diagnósticos y para aportar información sobre el perfil intragrupo.

Limitaciones: Estudio preliminar con muestra pequeña, con mayor intrincación de problemas emocionales y cognitivos que las de otros estudios, el grupo de TED es heterogéneo y hay predominio de varones en todos los subgrupos.



50 **EXPLORANDO LA RELACIÓN ENTRE COGNICIÓN Y CONDUCTA. ANÁLISIS DEL PERFIL COGNITIVO Y VARIABLES CLÍNICAS EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON TDAH**

Mulet Pérez B, Zapater Carrasco C, Ezquerro Larrazabal A, López Seco F, Sanmartín Águila E, González Molinero JL, Labad Alquézar A.

HPU Institut Pere Mata

Introducción: Entre la constelación de trastornos que presentan alteraciones en la conducta (AC) encontramos el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Mayes et al. (2004) relacionan algunos trastornos evolutivos con distintas alteraciones neuropsicológicas.

Profundizar en el conocimiento del funcionamiento cognitivo asociado a los diferentes tipos de AC podría permitir un mayor conocimiento nosológico de éstas, realizar adaptaciones en las intervenciones terapéuticas, y plantear hipótesis etiológicas. El objetivo de este trabajo es profundizar en la relación existente entre el perfil cognitivo de pacientes afectados de TDAH y distintas variables clínicas, entre las que se incluyen las AC.

Partimos de la hipótesis que el rendimiento cognitivo guarda una relación significativa con las variables observadas en la clínica, de manera que el ahondar en esta relación podría permitir adecuar las intervenciones encaminadas a la modificación de las AC.

Sujetos y métodos: La muestra está formada por 35 pacientes diagnosticados de TDAH según criterios CIE-10, que fueron atendidos en nuestro servicio en este último año.

El 80% de los pacientes fueron varones, con una media de edad de 9.31 años (rango 6-15).

Para este estudio se utilizaron las siguientes pruebas: 1) Escala de inteligencia Wechsler para niños, WISC-IV, y 2) Escalas de Conners, CPRS-48 y CTRS-28. Se utilizó la prueba de correlación de Pearson para describir la relación entre el perfil cognitivo, evaluado mediante la WISC-IV, y distintas variables clínicas, evaluadas mediante las Escalas de Conners.

Resultados: Se observó que a menor rendimiento cognitivo general (CI Total) se presentaban mayores alteraciones de conducta ($r=-,503$; $p<0,05$), problemas de aprendizaje ($r=-,468$; $p<0,05$), inatención ($r=-,648$; $p<0,001$) e hiperactividad ($r=-,437$; $p<0,05$). En cuanto a los índices, se observó que a menor rendimiento en CV,

RP y MT se presentaban mayores alteraciones conductuales, siendo CV el único índice que correlacionaba significativamente con los problemas de conducta tanto en el ámbito escolar como familiar ($rCPRS-48=-,424$; $p<0,05$; $rCTRS-28=-,495$; $p<0,05$).

Entre los subtests de la WISC-IV, se obtuvieron correlaciones significativas inversas entre V, LN, M, Fi, I y A y la presencia de mayores alteraciones de conducta. Respecto al resto de variables clínicas, S, V, M y Fi fueron las pruebas cuyo rendimiento se relacionaba con la presencia de mayor número de alteraciones.

Conclusiones: CV es el índice de la escala WISC-IV que presenta mayor relación con las manifestaciones clínicas observadas en el TDAH. Entre nuestros resultados, destaca el hecho que no se obtienen correlaciones significativas con aquellos indicadores clásicos de alteraciones de la atención, sino que las variables cognitivas relacionadas con los problemas de conducta, problemas de aprendizaje e inatención son las que capturan el rendimiento de funciones cognitivas superiores, como son las funciones ejecutivas y la memoria a largo plazo.



ESTRUCTURA FAMILIAR EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS INFANTO-JUVENILES

Mata Iturralde L¹, Pérez Moreno R², García López R²,
Sánchez Picazo F², Jiménez C², Otero Pérez J².

¹ Hospital Universitario Puerta de Hierro. ² Centro de Salud Mental Collado Villalba

Introducción. Desde hace algunos años, la realidad nos indica que el concepto tradicional de familia ha variado. El cambio en la estructura familiar puede provocar cambios fundamentales en el ámbito social y psíquico.

Objetivos. Describir y cuantificar que estructuras familiares son predominantes en los pacientes que acuden a consulta de un programa infanto-juvenil de un Centro de Salud Mental del área 6 de la Comunidad de Madrid.

Material y Métodos. Se obtienen datos de todos pacientes menores de 18 años que en los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2007 acuden por primera vez a nuestro centro de salud mental. Se elabora ficha de recogida de datos para cada paciente, en la que constan además de datos sociodemográficos y clínicos, seis posibles tipos de convivencia.

Resultados. El número total de pacientes fue 114, que se distribuyen de la siguiente forma: el 47,4% (N=54) son niñas y el 52,6% (N=60) niños. La edad media es de 10,53 (DE= 3,92). El 41,2% (N=47) de los pacientes no convivían en el seno de una familia estructurada. Del total de la muestra las familias monoparentales eran el 25,4% (N=29), reconstituidas son el 14,9% (N=17), e institucionalizados 0,9% (N=1). El diagnóstico más frecuente fue el T. conducta 32,5% (N=37). El 83,3% son de nacionalidad española. Existen antecedentes psiquiátricos familiares en un 36,8% (N=42).

Conclusiones. Las características familiares de nuestros pacientes tienen que ser tenidas en cuenta para la formulación diagnóstica y el diseño del plan terapéutico.

PROYECTO DE INVESTIGACION SOBRE LA INCIDENCIA DE UN PROGRAMA DE ENFERMERIA PSICO-EDUCATIVO. ¿PACIENTES CON T.C.A EN HOSPITAL DE DÍA?.

Domene López L, Marín Gormaz A, Molano Beteta A,
Hernández Guerrero C.

Hospital Sant Joan de Deu, Esplugues de Llobregat.

Justificación. Teniendo constancia del aumento de la patología en TCA (Trastorno de la Conducta Alimentaria) pensamos que deberíamos aprovechar nuestro rol de enfermeros psiquiátricos en Hospital de Día para Adolescentes para aplicar un programa específico, estructurado, contenido y limitado en espacio y tiempo, desarrollando unos talleres de cuidados psicoeducativos de diferentes temas relacionados con la alimentación, hábitos,..para poder obtener resultados que incidan terapéuticamente en nuestros pacientes. En los últimos 25-30 años los TCA, se han mostrado como enfermedades en las que intervienen múltiples factores, que van desde los trastornos emocionales de la personalidad, alteraciones del entorno familiar, una posible sensibilidad genética o biológica y un ambiente sociocultural en el que coexisten el exceso de comida y la obsesión por estar delgado.

Objetivos Generales. Controlar la población afectada de TCA (Trastornos de la Conducta Alimentaria)

Disminuir el número de ingresos en hospitalización total

Tratamiento multidisciplinar

Objetivos específicos. A través de nuestro programa de enfermería queremos conocer las actitudes de los pacientes TCA ante la comida, cuáles de estas actitudes son más difíciles de modificar, ofrecer herramientas para que lo puedan hacer, así como evaluar los cambios que se producen en nuestros pacientes

Desarrollo. Hemos diseñado un proyecto de investigación para llevar a cabo durante un año; éste se trata de un estudio analítico, pre y post intervención mediante técnicas de investigación cualitativas

Nuestra hipótesis es que la aplicación de nuestro programa de enfermería en pacientes TCA en hospitalización parcial modifica las actitudes ante la comida.

Paciente tipo. adolescente de ambos sexos, edad comprendida entre 12 y 18 años, diagnosticados y tratados en nuestra Unidad de TCA y que están ingresados en nuestro Hospital de Día para Adolescentes

Nuestro programa consiste en actividades contextualizadas



52 zadas en espacio y tiempo con un valor terapéutico desarrollando talleres de alimentación, hábitos, relajación, manualidades, ocio y habilidades cognitivas; para poder evaluar nuestra hipótesis utilizamos unas herramientas como son pasar el EDI-2 y el EAT-40 durante los primeros quince días de ingreso en nuestra unidad, y para valorar modificaciones se les vuelve a pasar los dos test entre los 3 y 6 meses después del alta de HdDia; también y de forma diaria durante su ingreso se anotan en una gráfica qué y cómo come, así como también las actitudes (postura, tiempo, orden, actitud, normas) a la hora de las comidas y también cómo ha ido la relajación (realización, actitud y efectividad).

ANÁLISIS DE COSTES DE LA HOSPITALIZACIÓN DE DÍA FRENTE A LA CONTÍNUA MEDIANTE UN MODELO MARKOVIANO

Rodríguez Hernández PJ¹, Ramos Goñi JM¹, Lago García BM², Rodríguez Hernández Y².

¹ Servicio de Evaluación y Planificación; ² Hospital de Día Infantil y Juvenil "Diego Matías Guigou y Costa".

Introducción. Los modelos de gestión sanitaria permiten establecer comparaciones entre los costes generados por distintos procedimientos médicos. En el presente estudio se desarrolla un modelo de análisis de decisión mediante la evaluación comparativa de dos alternativas de procedimientos terapéuticos en pacientes en edad infantil y juvenil con trastornos mentales: La hospitalización de día y la hospitalización total o continúa.

Material y Métodos. Se ha utilizado un modelo markoviano para la representación de los estados de salud mental. A partir de la revisión bibliográfica, se han designado dos tipos de parámetros: Las probabilidades de transición entre los estados de salud mental y los costes asociados a cada uno de los cambios de estado. La estimación de las posibles variaciones y errores se ha realizado mediante un programa de simulación.

Resultados. Los datos que aporta la bibliografía consultada indican que los costes derivados de la hospitalización de día supone un tercio de los costes de la hospitalización total. El estudio más reciente indica que el coste medio diario de la hospitalización de día es de 295 euros, mientras que para la hospitalización total es de 895 euros. Tras la implementación del modelo planteado, el coste medio de la hospitalización de día es 1534.67 euros y el coste de la hospitalización total 5071.64 euros. La diferencia entre ambos es estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

Conclusiones. Los costes derivados de aplicar un tratamiento de ingreso en hospitalización de día reduce en un 70% los costes incurridos por un ingreso total. Esta reducción ocurre también en el supuesto más desfavorable en la variabilidad de costes (costes máximos en hospitalización de día y mínimos en la hospitalización parcial). El modelo desarrollado permite establecer la comparativa entre procedimientos de manera global o por patologías concretas.



UNA NIÑA EN UN MUNDO DE ADULTOS

Yáñez Ferrer N, Castelló Gascó C, García Miralles I, Millet Gregori A, Tomás Bonora I, Amorós Ruiz A, Marcos Méndez I.

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Objetivos: Descripción del caso de una niña de siete años, con problemas de conducta tanto en núcleo familiar como en el ámbito escolar, ansiedad, tricotilomanía, falta de habilidades sociales y retraso en el aprendizaje. Teniendo en cuenta antecedentes familiares (familia desestructurada) problemática social asociada y limitaciones propias de la paciente, se establece un plan terapéutico basado en la terapia grupal y del juego.

Material y método: Se realizan exploraciones complementarias, pruebas psicométricas, de personalidad y entrevistas clínicas. Posteriormente se procede a la inclusión de la paciente en un grupo terapéutico, junto con otros niños, donde se trabaja la adquisición de conceptos propios de la edad, se fomenta la interacción con sus iguales a través del juego, al mismo tiempo que se trabajan las habilidades sociales y la autoestima de la paciente.

Resultados y Conclusiones: La terapia del juego ha permitido, a la paciente estructurarse, adquirir las habilidades sociales necesarias para relacionarse con sus iguales y aumentar su autoestima. Lo que ha repercutido en una mejoría significativa tanto en el ambiente escolar como a crear una situación de bienestar en el núcleo familiar.

LOS TRASTORNOS POR CONDUCTAS PERTURBADORAS EN BASE A LA EVIDENCIA: POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO INTERDISCIPLINAR

53

Puntí Vidal J¹, Agustín Morras R², Fusté Coetzee G², Gracia Lino R²; Piera Pinto E², Pàmias Massana M², Palao Vidal D².

¹Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona; ²Corporación Sanitaria del Parc Taulí.

Introducción. Los trastornos de conducta en niños y adolescentes (el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), el trastorno negativista desafiante y el trastorno disocial), constituyen un motivo de derivación habitual a los recursos especializados de salud mental. Los clínicos se enfrentan al reto de dar respuesta a las necesidades clínicas derivadas de los mismos, de hacerlo en períodos de tiempos breves y en base al paradigma científico.

Objetivos. Se dispone de pocos estudios metodológicamente rigurosos en relación a los tratamientos que se han mostrado eficaces en los trastornos de conducta. Entre estos tratamientos cabe citar el combinado con metilfenidato y psicoterapia cognitivo-conductual para el TDAH (MTA, 1999), así como los programas de entrenamiento de padres (Rey, 2006). El objetivo de esta comunicación es presentar una propuesta de programa de intervención al amparo de la evidencia empírica disponible para estos trastornos, priorizando el trabajo interdisciplinar, con inclusión de los profesionales pertenecientes a la salud mental, la educación, los servicios sociales y la justicia de menores. Se describen las estrategias terapéuticas empleadas.

Desarrollo. El programa de intervención incide en: disminuir la frecuencia e intensidad de las conductas disruptivas, entrenar a los educadores en los principios conductuales de manejo de la conducta disruptiva, facilitar el autocontrol, la identificación y expresión de sentimientos, enseñar habilidades sociales de resolución de problemas y motivar un aprendizaje conductual en el menor basado en la responsabilidad social.

Conclusión. Los resultados preliminares de nuestro programa muestran que el trabajo interdisciplinar es una buena modalidad de intervención de la conducta disruptiva.



54 RISPERIDONA INYECTABLE DE LARGA DURACIÓN EN ADOLESCENTES

Guzmán Llorente M, Lago García BM, Rodríguez Hernández PJ, Naranjo Castro N, Sánchez Bravo J, Díaz Machado O.

Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: La risperidona es un neuroléptico atípico que se ha utilizado en los últimos años, en la infancia y adolescencia, para el tratamiento de cuadros psicóticos y comportamentales. La presentación inyectable de larga duración (ILD) se utiliza en pacientes previamente estabilizados con tratamiento oral. Presentamos las primeras experiencias obtenidas en nuestra Unidad con adolescentes en los que no se ha logrado una adecuada adhesión al tratamiento oral y en los que resulta imprescindible el tratamiento neuroléptico.

Material y Método: Se describen los datos más importantes en la evolución de seis adolescentes de 15 y 16 años (5 varones, 1 mujer) en tratamiento con risperidona ILD. Se decide la formulación intramuscular al constatare dificultades importantes en la administración del tratamiento oral.

Resultados. Paciente 1: Mujer de 15 años. Esquizofrenia hebefrénica. Internada en un Centro Terapéutico. Rechazo activo al tratamiento oral. Sintomatología psicótica florida, con graves problemas conductuales. Tras comenzar tratamiento intramuscular, se observa mejoría progresiva en los indicadores clínicos.

Paciente 2: Varón de 16 años. Encefalopatía epiléptica, trastorno disocial. Abandono domiciliario habitual con múltiples conductas de riesgo. El tratamiento intramuscular estabiliza las conductas de riesgo y mejora la adhesión a la psicoterapia.

Paciente 3: Varón de 15 años. Trastorno de ideas delirantes. Rechazo al tratamiento neuroléptico oral con exacerbación del delirio paranoide que precisa de ingreso hospitalario. Tras inicio de tratamiento intramuscular, se produce mejoría progresiva y reintegración en la escolarización.

Paciente 4: Varón de 15 años. Trastorno disocial, retraso mental leve. Distocia familiar grave. Internado en un Centro Terapéutico. El tratamiento produce mejoría conductual en entornos controlados y disminución de la heteroagresividad, no así en entornos no controlados.

Paciente 5: Varón de 16 años. Esquizofrenia paranoi-

de. Conductas disociales y consumo de tóxicos. El tratamiento I.M. permite una cumplimentación óptima y se reduce la sintomatología por vez primera, desde el inicio del cuadro 6 meses antes.

Paciente 6: Varón de 16 años. Trastorno de ideas delirantes con escasa adherencia terapéutica hasta la administración I.M. Mejoría de la sintomatología.

Conclusiones: La risperidona ILD es una alternativa eficaz en el control de los síntomas psicóticos y comportamentales de adolescentes con escasa o nula adhesión al tratamiento neuroléptico vía oral. En estos casos, no es posible estabilizar al paciente previamente con medicación oral. La principal dificultad se encuentra en la aceptación del “pinchazo”, aunque una vez administrada la primera dosis se observa una mayor adhesión que con la medicación con vía oral.



ACTUACIÓN ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DEL USO DE SUSTANCIAS TÓXICAS EN DOLESCENTES INGRESADOS EN HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRÍA

Marín Gormaz A, Domene López L, Hernández Guerrero MC, Molano Beteta AM, Herrera López S.

Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat

Introducción. La coexistencia en el adolescente de trastornos por uso de sustancias con trastornos psiquiátricos es un tema poco explorado. En estos pacientes, los trastornos psiquiátricos preexistentes constituyen importantes factores de riesgo para el desarrollo de trastornos por uso de sustancias y, a su vez, el abuso de sustancias suele ocasionar la aparición de sintomatología psiquiátrica.

Objetivo. Por este motivo creemos que durante su ingreso en hospital de día es un momento en el cual podemos detectar el uso de sustancias y proporcionar una atención temprana para los pacientes con un consumo experimental y ocasional, ofreciendo una terapia más extensa e intensa a los pacientes que tienen un consumo moderado, y poder trabajar en estrecho contacto con la familia.

Método. La atención se basa en la realización de unos talleres que tienen como objetivo la disminución del consumo de tóxicos por parte del adolescente durante su ingreso hospitalario y post-alta, así como potenciar la adquisición de habilidades que ayuden a los adolescentes a evitar el consumo de sustancias tóxicas a lo largo del ingreso.

Conclusiones. Los pacientes que participaron en los talleres experimentaron cambios favorables en el patrón de uso de tóxicos, y en su actitud hacia los mismos. Se observó una reducción en el consumo de cannabis, alcohol y tabaco, así como una mayor percepción de los riesgos de estas sustancias. Estos resultados avalan la importancia de las intervenciones precoces en adolescentes con trastornos psiquiátricos y consumo de tóxicos experimental u ocasional.

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN INFANTIL DEL HOSPITAL DE DÍA DE LEGANÉS. ESTUDIO DE RELACIÓN ENTRE DIVERSAS VARIABLES.

García Rosales AA¹, De Frutos Guijarro JJ¹, Bustillo Gálvez G², Bokler Obarzanek E², Prados Arjona JR², Alcamí Pertejo M².

¹ Hospital Universitario La Paz; ² Hospital de Día Infantil de Leganés.

Objetivos: Describir la población de niños atendidos en el Hospital de Día-CET Infantil de Leganés durante su primer año de funcionamiento.

Material y Método: El centro cubre las áreas sanitarias 8, 9 y 10 de Madrid y atiende a niños de edades comprendidas entre 6 y 12 años. Se ha diseñado una base de datos con el programa estadístico SPSS versión 16 para Mac. Se han recogido datos de filiación, tutela, área de procedencia y escolarización. Se ha hecho especial hincapié en los diagnósticos recibidos por los pacientes utilizando tanto la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Edición (CIE-10) como la Clasificación Francesa de Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA-R-2000) así como el eje V de la CIE-10 que codifica las "Situaciones psicosociales anómalas asociadas" (códigos Z).

Resultados: La muestra consta de 15 pacientes. Dos tercios son varones con una edad media de 8 años y medio (desviación típica de 6 meses); un 20% vive con otros familiares que no son sus padres. La práctica totalidad de los pacientes presentan repercusiones negativas en los aprendizajes. Se comparan los diagnósticos CIE-10 recibidos previamente por los pacientes con el diagnóstico realizado por el equipo terapéutico tanto con CIE-10 como con CFTMEA-R-2000. A nivel psicosocial llama la atención el porcentaje elevado de "alteraciones en el patrón de las relaciones familiares" (40%) y "supervisión y control inadecuado de los padres" (60%). Un 60% de los familiares de los pacientes tienen antecedentes de trastornos mentales y un 40% abuso de sustancias psicoactivas.

Conclusiones: La alta prevalencia de factores psicosociales y de patología psiquiátrica en los familiares muestra la confluencia de factores genéticos y ambientales en nuestra población. La utilización de distintas clasificaciones, que reflejan marcos teóricos diferentes, puede aportar una mejor comprensión de la patología mental del niño.



56 ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE PREVALENCIA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN LA ADOLESCENCIA TEMPRANA

Ruiz Lázaro PM, Comet MP, Pérez J, Gómez A, Calado M, Calvo AL, Zapata M, Cebollada M, Trébol L.

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Objetivos: epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes tempranos españoles con métodos estandarizados. **Métodos:** estudio de corte en dos estadios de prevalencia en una muestra representativa de estudiantes españoles de 12 a 13 años en 2007 en colegios de Zaragoza, Santiago de Compostela, Vigo, Orense y Santander. **Evaluación:** cribado con cuestionarios autocumplimentados (EAT-26 con punto de corte de 20) y entrevista individual semiestructurada (SCAN). Se calculan las características sociodemográficas, prevalencia de TCA con sus intervalos de confianza 95% (CI) con Confidence Interval Analysis (C.I.A.) disk version 2.0.0 (Altman et al, 2000). El estudio se financia con fondos F.I.S. PI 05/2533. **Resultados:** en 2007 se estudia 1.867 alumnos de 1º de Enseñanza Secundaria Obligatoria, de 12 y 13 años, chicos y chicas, en centros de secundaria públicos y privados (87 aulas) en Zaragoza, Santiago de Compostela, Vigo, Orense y Santander (España). En la segunda fase 398 adolescentes aceptan proceder a la evaluación clínica mediante entrevista por psiquiatra o psicólogo clínico experto en TCA (163 con riesgo, altas puntuaciones en EAT-26; 235 seleccionados de la muestra sin riesgo). La prevalencia puntual de TCA es 12/1,867, el 0,6% de Trastornos Conducta Alimentaria no especificados (TCANE) F 50.9 (CI 95%: 0,4%-1,1%). **Conclusiones:** las tasas de prevalencia puntual de TCA CIE-10 en la población española de estudiantes adolescentes tempranos es similar a la publicada en otros países desarrollados. La prevalencia de TCA subclínicos o atípicos que no cumplen todos los criterios diagnósticos es sustancialmente mayor que los síndromes completos.

ANSIEDAD Y PROBLEMAS PSICOSOMÁTICOS EN POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE NO CLÍNICA

Puerto Suárez de Mendoza RM, Rodríguez Santos L, Rodríguez Velasco FL.

Universidad de Extremadura.

Objetivo: Observar el nivel de ansiedad que presentan los niños de 9 a 15 años en población no clínica, analizar la frecuencia con la que aparecen determinados síntomas psicossomáticos a estas edades, y si existen diferencias en relación al género y la edad.

Material y método: La muestra fue seleccionada de la población de niños de entre 9 y 15 años escolarizados en Extremadura, participando finalmente 490 estudiantes. Mediante un cuestionario específico se recogió con qué frecuencia aparecían determinados síntomas psicossomáticos, realización de dietas y horas de sueño. Para evaluar la ansiedad se utilizó el STAIC.

Resultados: Las niñas presentaron un mayor nivel de ansiedad-rasgo y una mayor frecuencia de síntomas psicossomáticos que los niños. Estos mismos resultados se encontraron en el grupo de mayor edad, junto a una mayor tendencia a realizar dietas en las niñas de este último grupo.

Conclusiones: Dada la inespecificidad sintomática con la que con frecuencia se presentan los trastornos emocionales en la infancia y la adolescencia, y la propia dificultad de éstos para solicitar ayuda, es importante que los profesionales estén atentos a los síntomas somáticos más frecuentemente asociados a problemas psicológicos a estas edades y fundamentalmente a las niñas, ya que los problemas emocionales parecen asociarse más frecuentemente al sexo femenino.



LA IMPORTANCIA DE LA COORDINACIÓN QUE REALIZA EL EQUIPO DE TRABAJO SOCIAL EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA INFANTIL Y JUVENIL DEL HOSPITAL CLÍNICO PROVINCIAL DE BARCELONA

Bondia Quero M, Ibáñez Escuder M, Castro Formeles J, Lazaro García L, Calvo Escalona R.

Hospital Clínic Provincial de Barcelona.

Introducción. El equipo del Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil considera imprescindible trabajar con el entorno social del paciente y de sus familiares o responsables legales, para ayudar a la consecución de sus objetivos terapéuticos. La Trabajadora Social de ambos servicios tiene la función de realizar las coordinaciones con los servicios de la red comunitaria.

Objetivos. Conseguir una atención integral de nuestros pacientes, mediante el pensar conjunto de los diferentes servicios de la red comunitaria sobre sus dificultades para ayudarlos a conseguir un bienestar.

Desarrollo. Desde el equipo de Trabajo Social se entiende la coordinación como un intercambio de información, un trabajo de colaboración entre los servicios de la red comunitaria.

Se decide realizar la coordinación cuando:

- el paciente vive una situación de riesgo
- se considera que los recursos de otro servicio pueden ayudar en el tratamiento del menor
- se está interviniendo desde otro servicio tanto con el paciente como con su familia.

Conclusiones. Después de evaluar las coordinaciones realizadas por el equipo de trabajo social, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

- La importancia del papel que juega la red comunitaria en la mejoría psicopatológica del paciente
- La eficacia de poder establecer un plan común de trabajo entre todos los servicios que intervienen en el núcleo familiar, evitando la duplicación y la contradicción de las intervenciones
- La agilidad para vincular el menor con los diferentes servicios de la comunidad potenciando sus habilidades sociales y sus relaciones entre iguales e incrementando la sociabilización del menor.

GUÍA CLÍNICA DEL TRASTORNO DE CONDUCTA EN EL HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL

57

Vidal Hagemeyer A, Font E, Peramiqel M, Roca B, Lorente A, Bondia M, Lazaro L.

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

Objetivos: Los pacientes con trastorno de conducta (TC) son cada vez más prevalentes en los Hospitales de Día de Psiquiatría Infanto-Juvenil (HD). El tratamiento del TC consiste en una intervención individual, familiar y escolar, y el HD ofrece también un tratamiento contextual. Para este tercer componente del tratamiento se elaboró una Guía Clínica para el tratamiento de pacientes con TC en el HD.

Métodos: Esta Guía está basada en los principios básicos de la terapia de conducta. Se definieron las conductas a las que se debían hacer extinción, y se implantó un programa de refuerzo positivo en el que se valoraba respecto al material, respeto a los otros, autocontrol y participación. Se realizó un listado de conductas disruptivas clasificándolas en leves, graves y muy graves, cada una con una consecuencia específica, inmediata y predecible. Se rehabilitó un espacio para poder aplicar la técnica de “tiempo fuera”. La Guía se elaboró por todos los miembros del HD, con la finalidad de conseguir una consistencia situacional y temporal en su aplicación.

Resultados: Aún no hay suficientes datos para valorar cuantitativamente si la Guía disminuye las conductas disruptivas. La impresión del equipo es que el control externo de la conducta que ofrece la Guía ayuda a los pacientes a mejorar su autocontrol, la mayoría de pacientes aceptan de buen grado su implementación, y sirve de ejemplo a los padres para la posterior implementación de un programa de economía de fichas en el ámbito familiar.



58 **HISTORIA FAMILIAR DE CONDUCTA SUICIDA Y ABUSO EN LA INFANCIA. EFECTO EN LA CONDUCTA AUTOLÍTICA EN PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR**

Carballo JJ², Harkavy-Friedman J¹, Oquendo MA¹.

¹Columbia University; ²Clinica Universitaria de Navarra.

Resumen: El trastorno bipolar está asociado a una elevada prevalencia de tentativas autolíticas y de suicidios consumados. La historia familiar de conducta suicida y la historia personal de abuso en la infancia son factores de riesgo de suicidio en los pacientes con trastorno bipolar.

Métodos: Pacientes bipolares con historia familiar de conducta suicida e historia personal de abuso en la infancia (BP-AMBOS), pacientes bipolares con historia familiar de conducta suicida o historia personal de abuso en la infancia (BD-UNO) y pacientes bipolares sin ninguno de estos factores de riesgo (BD-NINGUNO) fueron comparados en relación a características demográficas y clínicas.

Resultados: Casi un 70% de la muestra había presentado un intento autolítico. Hubo diferencia significativa en la prevalencia de intentos autolíticos entre los grupos. BP-AMBOS presentaron la conducta autolítica a una edad significativamente más joven y en un mayor número de ocasiones. BD-AMBOS fueron significativamente más jóvenes en el momento de presentar el primer episodio del trastorno del estado de ánimo así como presentaron mayor comorbilidad con trastorno por uso de sustancias y de trastorno de personalidad borderline.

Conclusiones: Pacientes bipolares con historia familiar de conducta suicida y que hayan estado expuestos a abuso físico y/o sexual en la infancia presentan un riesgo mayor de conducta autolítica que los que presenten uno o ninguno de estos factores de riesgo. Son necesarios estudios prospectivos para confirmar estos hallazgos.

MANIFESTACIONES ORALES DE LA BULIMIA

Peláez de Loño E, Cano Pérez S, Villanueva Villanueva M, Gutiérrez Villar MD, Flores Gudiño E, Gracia Ruiz C, Terrades Oliver M.

Institut Catala de la Salut.

Introducción: La bulimia es un trastorno alimentario que se caracteriza por la ingestión masiva de grandes cantidades de alimentos de manera compulsiva. A consecuencia de los reiterados vómitos el paciente bulímico suele presentar alteraciones en la cavidad oral.

Objetivos: Incidir en la gran importancia del diagnóstico precoz de la bulimia y el papel del odontostomatólogo en detectar esta peligrosa patología.

Desarrollo: La visita al odontólogo puede poner de manifiesto la existencia de un paciente bulímico. Muchos de estos pacientes suelen acudir al odontólogo como consecuencia de las hiperestesias debidas a las abrasiones dentarias o por la mera apariencia externa de las mismas. En la exploración de la cavidad oral hay que prestar atención a los signos orales de esta patología, muchas veces ocultada por el paciente. La exploración oral de un paciente bulímico puede evidenciar erosiones, abrasiones y opacidades a nivel del esmalte dental en determinadas zonas. Existen otras causas de lesiones orales similares a las que se producen en la bulimia y por tanto que deben considerarse a la hora de realizar el diagnóstico diferencial (hiperemesis gravídica, úlceras pépticas, reflujos gastroesofágicos, etc.). La sospecha diagnóstica debe ser posteriormente confirmada con un delicado interrogatorio tanto del paciente como de sus familiares y allegados. La rehabilitación oral de estos pacientes, además de aliviarles la sintomatología, también solventará el compromiso estético de su cavidad oral, aspecto fundamental para incrementar su autoestima.

Conclusiones: Los profesionales de la salud oral deben estar vigilantes a la detección de los signos orales de los trastornos alimentarios y de este modo colaborar con otros profesionales sanitarios a fin de procurar un adecuado tratamiento.

Palabras clave: Bulimia. Manifestaciones orales. Odontología.



¿ESTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD DE INICIO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA?

Carballo JJ⁷, Blanco C³, Pérez-Rodríguez M², Jiménez Arriero MA⁴, Ferre Navarrete F⁶, Artés Rodríguez A¹, Baca-García E⁵.

¹Universidad Carlos III; ²Hospital Ramón y Cajal; ³Columbia University; ⁴Hospital 12 de Octubre; ⁵Fundación Jiménez Díaz; ⁶Universidad Complutense de Madrid; ⁷Clinica Universitaria de Navarra.

Introducción: Un número escaso de investigaciones han estudiado la estabilidad diagnóstica a largo plazo de los trastornos de ansiedad de inicio en la infancia y la adolescencia

Métodos: Se partió del registro de pacientes pre-escolares, niños y adolescentes del área del Hospital 12 de Octubre y de la Fundación Jiménez Díaz (Madrid) atendidos entre el 1 de enero de 1992 y el 30 de abril de 2006. Examinamos tres índices complementarios de estabilidad diagnóstica: 1) Consistencia temporal, 2) Constancia de diagnóstico 3) Probabilidad de la Transición:

Resultados: De los 23163 jóvenes incluidos en el registro, 1869 recibieron un diagnóstico de trastorno de ansiedad antes de los 18 años. Las cifras de consistencia temporal fueron altas. No hubo diferencias significativas en la consistencia prospectiva que osciló entre 66.4% en “otros” trastornos de ansiedad y 78.6% en “trastornos relacionados con estrés”. La consistencia retrospectiva fue significativamente menor en el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y en “otros” trastornos de ansiedad que en trastornos fóbicos, de ansiedad social o los relacionados con estrés. Los diagnósticos de TOC y los diagnósticos de otros trastornos de ansiedad fueron significativamente menos constantes que los del resto de trastornos de ansiedad estudiados.

Conclusión: Los trastornos de ansiedad estudiados presentaron una estabilidad diagnóstica considerablemente alta. La estabilidad diagnóstica no es homogénea y varía entre los diversos tipos de trastornos de ansiedad de inicio en la infancia y la adolescencia. Son necesarios nuevos estudios que utilicen similar metodología que confirmen y extiendan estos hallazgos.

COLLINGHAM CHILD AND FAMILY CENTRE: UNA UNIDAD DE INGRESOS PARA NIÑOS PRE-ADOLESCENTES

Vila Grifoll M¹, De-Witt L², Rose G².

¹Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry, Imperial College London; ²Collingham Child and Family Centre, CNWL NHS Foundation Trust.

Introducción. Collingham Child and Family Centre es un Centro abierto de lunes a viernes que funciona como Hospital de Día y como Unidad de Ingresos para niños pre-adolescentes con problemas psiquiátricos y/o psicológicos severos y complejos.

Objetivos. 1. Describir como funciona la Unidad y los diferentes tratamientos que se ofrecen. 2. Aportar datos demográficos del último año.

Desarrollo. Los ingresos en la Unidad se planean con antelación. Las derivaciones provienen de Centros de Salud Mental infanto-juveniles, y en contadas ocasiones desde Servicios de Urgencias. Antes del ingreso se valora la idoneidad del mismo en una reunión con la familia, la escuela, y el resto de especialistas implicados en el caso.

En el Centro trabaja un equipo multidisciplinar formado por médicos, psicólogos, terapeutas de familia, terapeuta ocupacional, logopeda, enfermeros, trabajadores sociales, profesores y monitores que ofrecen una visión holística de cada caso.

En el Unidad se realizan evaluaciones psiquiátricas y/o psicológicas, tratamiento individual, grupal y o familiar y valoraciones de las necesidades educativas de cada niño.

El objetivo del equipo es hacer el ingreso lo más corto posible y ayudar al paciente a reintegrarse en el colegio y en la comunidad lo antes posible; y conjuntamente con la familia, ayudarlo a sostener los cambios positivos conseguidos durante el ingreso.

Discusión. Se describirán los principales diagnósticos y se discutirán en profundidad los diferentes tratamientos que se ofrecen y el rol de los diferentes profesionales que trabajan en la Unidad.



60 LA VISIÓN QUE LOS MÉDICOS DE CABECERA TIENEN DEL TRASTORNO DEPRESIVO EN LA ADOLESCENCIA: RESULTADOS DE UN ESTUDIO CUALITATIVO

Vila Grifoll M², Fernández V², Iliffe S¹, Kramer T², Garralda ME².

¹UCL; ²Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry, Imperial College London.

Introducción. El trastorno depresivo es frecuente en la adolescencia, y hay evidencia de su persistencia y recurrencia. Existe necesidad de mejorar su detección en los Centros de Asistencia Primaria ya que hay estudios que muestran que los médicos de cabecera fracasan en el diagnóstico de depresión en adolescentes. Hay pocos estudios sistemáticos que hayan abordado esta cuestión.

Objetivos. Describir las opiniones de médicos de cabecera sobre el uso que los adolescentes hacen de los centros de Asistencia Primaria, y de las dificultades en el diagnóstico y tratamiento de los adolescentes con depresión.

Metodología. Se trata de un estudio cualitativo. Los datos se recogieron en un Servicio de Asistencia Primaria en Londres. Nueve médicos de cabecera fueron entrevistados con una entrevista semi-estructurada diseñada para el estudio. Estas se grabaron y se transcribieron "verbatim" para su análisis. Las transcripciones fueron leídas y los principales temas de contenido identificados por todos los autores de forma independiente.

Resultados, conclusiones y discusión. Se detectaron dos temas principales:

1. La percepción sobre el uso que los adolescentes hacen de los centros de Atención Primaria: difíciles de vincular, presentaciones complejas, inclusión de la familia y falta de tiempo.

2. La manera como los médicos de cabecera entienden la depresión en la adolescencia como un problema entre la patología y la normalidad.

Los temas se discuten en relación a la literatura.

La conclusión es que hay la necesidad de educar y entrenar a los médicos de cabecera en la detección y tratamiento de la depresión en la adolescencia.

ASPECTOS NEUROBIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS IMPLICADOS EN EL APEGO

Ribé Buitrón JM³, Ochoa Palacios R¹, Pedreira Massa JL².

¹Instituto Nacional de Psiquiatría; ²Hospital Universitario Niño Jesús; ³Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila.

Introducción: El conocimiento actual de la ciencia (Kandel) está intentando buscar los puentes de unión entre las teorías biológicas y psicológicas. Frente a perspectivas excluyentes, exclusivistas y a posiciones reduccionistas, se están buscando líneas de investigación más acordes con la dirección actual de la ciencia. El caso más paradigmático de estas perspectivas de integración lo encontramos en la teoría del apego y del vínculo, la cual ha sido expuesta de forma más extensa desde los escritos de John Bowlby.

Objetivos: Revisar las relaciones entre funcionamiento neuropsicológico, aportaciones psicopatológicas y psicosociales en relación a las conductas de apego y los procesos vinculares de la primera infancia. Exponer los factores (positivos y negativos) más relevantes implicados en el apego. Actualizar las aportaciones bibliográficas de los diferentes autores en este tema.

Desarrollo: Se realiza una búsqueda sistemático-bibliográfica mediante buscadores online.

Conclusiones: Las teorías etológicas encuentran su constatación práctica en los constructos de conductas de apego y proceso vincular. Adquieren una gran importancia en la construcción del sistema mental desde el primer contacto madre-hijo, traduciendo los registros neurobiológicos a procesos mentales activándose por la acción de las conductas de apego: la urdimbre afectiva.

Palabras clave: apego, vínculo, neurobiología...



SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN ALUMNOS BRITÁNICOS DE UNA ESCUELA DE SECUNDARIA. VALIDACIÓN DE LA CHILDREN'S SOMATIZATION INVENTORY

Vila Grifoll M, Kramer T, Garralda ME.

Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry, Imperial College London.

Introducción: las quejas somáticas son frecuentes en la población pediátrica. Para investigar la presencia de síntomas físicos en niños y adolescentes se requiere un instrumento válido y fiable como el Children's Somatization Inventory (CSI). Evidencia de su validez y fiabilidad se ha documentado en EEUU, Holanda y Ucrania. Datos normativos de niños y adolescentes en el Reino Unido no se han aportado hasta la fecha.

Objetivos: en una muestra comunitaria de 1200 jóvenes en el Reino Unido (11-16 años): 1. Estudiar las propiedades psicométricas de la CSI 2. Recoger datos normativos 3. Examinar las asociaciones con síntomas emocionales y conductuales y discapacidad asociada 4. Comparar los resultados con los de otros países

Metodología: este es un estudio transversal de alumnos de una Escuela de Secundaria. Se usaron los siguientes cuestionarios: 1. CSI (Children's Somatization Inventory), 2. MFQ (Moods and Feelings Questionnaire), 3. SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire). También se evaluó la afectación en las actividades de la vida diaria.

Resultados y Discusión: hemos obtenido datos normativos de una muestra de niños británicos mayoritariamente blancos. Diferencias de género y edad, asociaciones con síntomas emocionales y conductuales y diferencias en la prevalencia de síntomas entre países se discuten.

Conclusiones: el CSI en esta población es válido y fiable. La identificación de un grupo de niños especialmente vulnerable se ve reforzada por el uso de un cuestionario que evalúa la afectación en actividades de la vida diaria.

IMAGEN CORPORAL Y PATRONES DE ALIMENTACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES

Ochoa Palacios JM¹, Ribé Buitrón JM², Pedreira Massa JL⁴, Molina Valdespino D³.

¹Instituto Nacional de Pediatría; ²Hospital Nuestra Señora de Sonsoles; ³Instituto Nacional de Pediatría; ⁴Hospital Universitario Niño de Jesús.

Introducción: Los adolescentes con enfermedades autoinmunes tienen serios problemas con los efectos adversos de los esteroides; incremento de peso, alteraciones del crecimiento, cushing e insatisfacción en la imagen corporal, factores que pueden afectar los patrones de alimentación generando trastornos alimentarios.

Objetivo: Comparar entre un grupo de adolescentes sanos y otro con enfermedades autoinmunes y detectar si existen alteraciones de la imagen corporal y en los patrones de alimentación.

Hipótesis: Se espera que los pacientes que cursan con cushing y sobrepeso presenten más alteraciones de imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria, en comparación con aquellos que no las presentan.

Método: Estudio transversal, comparativo en 30 adolescentes de 12 a 17 años sanos y 30 con enfermedades autoinmunes manejados con esteroides, pareados por edad y sexo. Se aplicó Test de actitudes alimentarias (EAT-40), Cuestionario de Modelos Estéticos (CIMEC), Percepción de la imagen corporal (PIC) y Calidad de vida.

Resultados: La media de edad fue de 14.8. La media de peso para los sujetos sanos 49.6 kg y controles 56.5kg (p=0.008). La media del IMC sanos 21.26, controles 22.28 (p=.002) Media EAT-40 17.93 casos vs controles 11.63 (p=0.002). Media CIMEC casos 19.7 vs controles 11.6 (p=0.000). En esquema corporal se encontraron diferencias en cuello (p=0.0001), brazos (p=0.003), manos (p=0.01), cintura (p=0.0001), cadera y piernas (p=.0001).

Conclusiones: Se encontraron diferencias significativas entre grupos en el EAT-40, el CIMEC y percepción de la imagen corporal, presentando mayor grado de insatisfacción y alteraciones en la conducta alimentaria los adolescentes con enfermedades autoinmunes.

Palabras clave: Imagen corporal, Patrón de alimentación, Enfermedades autoinmunes.



62 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS EN LA INFANCIA

Jiménez Sánchez FJ, Guijarro Granados T, Sánchez Vázquez V, Gay Pamós E.

Complejo Hospitalario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: Aunque sólo un bajo porcentaje de los trastornos psicóticos se presentan en la infancia, aquí los síntomas son más severos y crónicos por su efecto funcional devastador. Hemos creído interesante revisar y estudiar todos los trastornos psicóticos tratados en nuestra USMI-J. **Objetivos:** Realizar un análisis descriptivo de las formas de aparición de la psicosis en la infancia para detectar síntomas y formas de comienzo que ayuden a su diagnóstico precoz. **Material y Método:** Análisis de las Historias Clínicas de la USMI-J desde el año 2002 hasta la actualidad con diagnóstico de trastorno psicótico (F20-F29 CIE-10). **Resultados:** La frecuencia de presentación por criterio diagnóstico es la siguiente: 20% de casos de Esquizofrenia, 20% de Trastornos de ideas delirantes, 50% de Trastornos psicóticos agudos y transitorios, 10% de Psicosis sin especificación. Por género: 60% varones y 40% mujeres. Edad de comienzo menor en mujeres (media de 13 años) que en varones (14.17 años). Las alteraciones del comportamiento, falta de asistencia a clase y clínica depresiva con frecuencia son anteriores a los síntomas psicóticos. En la mayoría de los trastornos agudos la ideación delirante fue de perjuicio y presentaban retraso madurativo. **Conclusiones:** En nuestra muestra la incidencia de trastornos psicóticos es menor de la esperada, lo que podría indicar dificultad para detectar síntomas precoces por parte de los filtros asistenciales. La mayoría se diagnostican de trastornos psicóticos agudos y con gran asociación con retraso madurativo. El tamaño limitado de la muestra (10 casos) nos ha impedido inferir datos de mayor peso estadístico.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN EN TDAH

Ferrín Erdozain M, González Hernández A, Guedella Sebastián N, Salcedo Marín MD, Altuna López A, Granados Josefa M, Veguillas Miguel R.

Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén, Jaén.

Introducción: CAMS (Child Adherent to Medication Study) es el primer estudio clínico prospectivo y randomizado en el que se comparan los efectos de la intervención psicoeducativa sobre la adherencia al tratamiento y la sintomatología de niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDHA). **Objetivo/Hipótesis:** La psicoeducación resulta efectiva para mejorar la adherencia a la medicación que presentan estos pacientes, mejorando la respuesta terapéutica y reduciendo los efectos secundarios. **Desarrollo:** El estudio incluye un total de 110 pacientes con diagnóstico clínico de hiperactividad (DSM-IV) y pertenecientes al complejo hospitalario de Jaén, con independencia del tratamiento farmacológico que reciban y las comorbilidades que presenten. Pacientes y familiares serán evaluados en la fase 1 del estudio, en niveles de adherencia (contaje de pastillas), actitudes hacia tratamiento (QATT, Ferrín, 2006), severidad de síntomas (Conners, SNAP-IV), funcionamiento global (C-GAS) y rendimiento cognitivo (RAVEN). Posteriormente se procederá a la randomización de pacientes, que será aleatoria por orden de listado. En la fase 2, aquellos pacientes asignados al grupo "tratamiento" recibirán un programa de psicoeducación específica (modificado de Colom y Vieta, 2004) centrado en la enfermedad y su tratamiento, mientras que los asignados al grupo "control" acudirán a un grupo de apoyo con el mismo número de sesiones e impartido por los mismos terapeutas. **Conclusiones:** Se evaluará si existen diferencias en los niveles de adherencia terapéutica, evolución de síntomas, y funcionamiento global entre ambos grupos. Los resultados del estudio podrían suponer un cambio en las nuevas guías terapéuticas para este trastorno.



ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CONDUCTAS SUICIDAS INFANTILES

Gamero Arias L², Hernández Sánchez A¹, Sainz Pezonaga MC², Fontalba Pinto R².

¹Hospital Dr. Negrín, Las Palmas de G.C.; ²Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil, Las Palmas de G.C.

Objetivo: Describir las características de los pacientes valorados por el Servicio de Interconsultas del Hospital Materno-Infantil de Gran Canaria por posibles conductas suicidas.

Material: Historia clínica, interconsulta, material informático y evaluador experto.

Método: Muestra: Pacientes atendidos en el Hospital Materno-Infantil de Las Palmas de G.C. en el período de un año (mayo 2006-mayo 2007). 20 pacientes: 15 niñas y 5 niños, entre 9 y 13 años.

Variabes: Cualitativas y nominales con varias modalidades: Sexo, Edad, Tipo de conducta suicida, Método utilizado, Antecedentes psiquiátricos personales y Familiares, Características familiares, Motivación para la conducta, Intención de la conducta y Psicopatología.

Recogida de datos: Análisis retrospectivo de la información recogida en la historia clínica y la interconsulta, mediante un evaluador experto.

Análisis estadístico: Descriptivos (frecuencias y porcentajes).

Resultados: Sexo: 75% niñas y 25% niños. Edad: 20% entre 9 y 11 años, 80% entre 12 y 13 años. Tipo de conducta suicida: 20% no conducta suicida, 5% cogniciones suicidas sin conducta, 65% conducta parasuicida y 10% tentativa suicida. Método utilizado: 45% psicofármacos, 20% precipitación, 10% cortes superficiales, 5% otros fármacos y 20% otros métodos. Antecedentes personales psiquiátricos: 45% contacto previo con Unidad de Salud Mental y

20% conductas suicidas previas. Familiares con antecedentes psiquiátricos: 70% familiares con tratamiento con psicofármacos y 25% familiares con conductas suicidas previas. Características familiares: 65% en situación de desamparo. Motivación de la conducta: 15% tristeza, 15% factores escolares y 70% conflicto familiar. Intención de la conducta: 12% deseo de muerte, 31% disminución de malestar y 57% cambio de ambiente. Psicopatología: 70% psicopatología y 30% no psicopatología.

Conclusiones: Tres veces más niñas que niños. La mayoría entre 12 y 13 años. Presentan conductas para-

suicidas, métodos poco dañinos con posibilidad de rescate. La mayor parte realiza ingesta voluntaria de psicofármacos (benzodicepinas) en dosis no tóxicas pertenecientes a algún familiar de primer grado. El principal desencadenante son los conflictos familiares y la mayoría de las familias desestructuradas. En un porcentaje se han encontrado alteraciones conductuales y emocionales significativas. Grupo de riesgo: hijos de pacientes con tratamiento psicofarmacológico.



64 ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS (2005-2007) GENERADA POR LOS PSQUIATRAS DE LOS CSMIJ DE LA REGIÓN SANITARIA DE BARCELONA. CATSALUT

Peláez De Loño J², Sicras Mainar A², Rodríguez Darriba M², Peláez De Loño E¹, Cano Pérez S¹, Villanueva Villanueva M¹.

¹Instituto Catalan de la Salut. Barcelona; ²Servei Català de la Salut. Regió Sanitaria de Barcelona.

Introducción: El análisis de la prescripción farmacéutica en el ámbito de la salud mental es objeto de creciente de estudio por parte del "Servei Català de la Salut (SCS)".

Objetivo: Analizar la prescripción (2005-07) de los médicos psiquiatras de los centros de salud mental infanto-juvenil (CSMIJ) del SCS.

Metodología: Estudio exploratorio, descriptivo y retrospectivo sobre la prescripción ambulatoria de medicamentos generada por los CSMIJ de la región sanitaria de Barcelona. Período 2005-2007. Análisis por subgrupo terapéutico de mayor consumo (SNC): Neurolépticos, Tranquilizantes, Antidepresivos y Psicoestimulantes. Unidad de medida a partir de indicadores cuantitativos y cualitativos específicos. Datos obtenidos de ficheros de facturación de la prestación farmacéutica (SPF-SCS). Análisis estadístico descriptivo (ji cuadrado) y ns p<0,05.

Resultados: Incremento de prescripción de todos los subgrupos terapéuticos (envases, pvp y DDD; p:0,023, 0,023 y <0,001), disminución del coste relativo (coste/DDD p:0,043) y mejora de indicadores(VIFE p:ns, EFG p<0,05, NT p:ns).

Discusión: Psicoestimulantes y antidepresivos son los fármacos más utilizados. Incremento del número de pacientes <18 años con ISRS y psicoestimulantes. Mejora de indicadores de calidad de prescripción.

Conclusión: La política de mejora de la atención a los trastornos mentales en la atención primaria en Cataluña ha permitido la potenciación, en los últimos años, de los centros de atención específica para niños y adolescentes (CSMIJ). Dicha actividad asistencial ha originado un aumento significativo en la utilización de los recursos terapéuticos disponibles, con un coste relativo inferior y una mejora significativa de los indicadores de evaluación de la calidad de la prescripción (criterios de eficacia, seguridad y eficiencia).

Palabras Clave: EFG (especialidad farmacéutica genérica). VIFE (valor intrínseco farmacológico elevado). DDD (dosis diaria definida). NT (novedad terapéutica).

PERFIL ASISTENCIAL Y ACTIVIDAD EN UNA UNIDAD DE CRISIS DE ADOLESCENTES: 2 AÑOS DE FUNCIONAMIENTO

Sabrià Ramiro O, Niubó de Castro I, Roig Vidal J, Muntané Ruiz J, Rodríguez Trabalón MJ, Peña Roca J.

Clinica Psiquiàtrica Universitaria. Institut Pere Mata, Reus.

Introducción: La UCA es un recurso de hospitalización para adolescentes de 11 a 18 años, con patología psiquiátrica que no puede ser tratada ambulatoriamente. En funcionamiento desde Enero 2006 con un total de 110 adolescentes hospitalizados.

Objetivos: Presentación de UCA, análisis descriptivo del perfil de adolescentes, la comparativa y revisión de datos.

Desarrollo: El balance de los primeros dos años de funcionamiento es de estancia media de 43,36 días en el primer año y 50,45 días el segundo.

El primer año ingresaron 59 adolescentes con estancia media de 43,36 días. Hubo predominio de varones (57%). La media de edad fue 15,5 años. El tipo de ingreso principalmente vía urgente (52,54%). La derivación al alta fue CSMIJ en un 64% y HDA (22%). Hubo un 20,3% de reingresos.

El segundo año ingresaron 51 adolescentes con estancia media de 50,45 días. La edad media fue 15,2 años, siendo mayor el porcentaje de mujeres (54%). Un 49% de los adolescentes ingresaron vía urgente versus 50,9% con carácter programado.

Al alta fueron derivados a CSMIJ con un 72,54% frente al 15,6% de HDA. Aumentó el porcentaje de reingresos al 35,2%.

En la comparativa entre los diagnósticos de los dos años destaca el aumento en el grupo de los TP del 7% al 25,4% así como de los trastornos psicóticos del 8% al 13,7%.

Conclusiones: Los cambios en la actividad de la unidad y la definición del perfil de usuario podrían relacionarse con la consolidación del recurso asistencial.

Los datos obtenidos reflejan el recurso como una unidad de corta- media estancia que permite abordaje individual y familiar así como coordinación con dispositivos terapéuticos al alta.



SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL: UNA FORMA DE MALTRATO INFANTIL

Domínguez Rodríguez MT, De la Gándara JJ.

Complejo Asistencial de Burgos.

Introducción. El Síndrome de Alienación Parental (SAP) se define como un desorden que surge en el contexto de las disputas por la custodia de los hijos, siendo su primera manifestación, la campaña de difamación injustificada contra una figura parental por parte del hijo, fenómeno que resulta del sistemático adoctrinamiento de uno de los progenitores y de la propia contribución del hijo a la denigración del progenitor rechazado.

Objetivos. Revisión bibliográfica. Se exponen conductas maltratantes del progenitor alienante y criterios de identificación del niño alienado, analizando las consecuencias psicopatológicas en pacientes atendidos en consulta.

Desarrollo. El SAP surge cuando se hace partícipe al hijo de los conflictos que ha generado la separación. Las conductas de interferencia comienzan con una obstaculización leve de la relación del hijo con el progenitor no custodio, pudiendo derivar en un tipo de maltrato infantil. Las estrategias sutiles, las creencias socialmente aceptadas y el desarrollo en la intimidad del hogar hacen difícil su descubrimiento y abordaje terapéutico. La detección de menores expuestos a situaciones traumáticas precisa de una búsqueda activa, para minimizar el riesgo de Síndrome por Estrés Postraumático.

Conclusiones. En niños y adolescentes es frecuente la negación del sufrimiento. No disponen de herramientas para verbalizar sus emociones, o evitan expresarlas como forma de proteger al progenitor. Se detectan conductas evitativas y regresivas, embotamiento emocional o retraimiento socio-académico. Es posible la evolución a Síndrome de Estrés Postraumático en función de la psicopatología preexistente, calidad del vínculo, estrategias de afrontamiento, de resistencia, y etapa evolutiva del desarrollo del niño.

ATENCIÓN A POBLACIÓN PREESCOLAR EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

Álvarez Arroyo S, De Sande Díaz F, Sánchez Sánchez J, González Santana S, León Quintana CI, Gutiérrez Casares JR.

Hospital Infanta Cristina, Badajoz.

Introducción: La asistencia entre 0 y 6 años está recibiendo una gran atención actualmente. Buscar el inicio de los trastornos mentales en sus primeras manifestaciones, el desarrollo de tratamientos, y la generalización de estudios familiares y genéticos han contribuido al desarrollo de esta área.

Objetivos: Conocer las características epidemiológicas de pacientes preescolares derivados a nuestra Unidad de Salud Mental así como la influencia de variables tales como el sexo, antecedentes perinatales y familiares. **Material y Métodos:** Revisamos las historias clínicas de todos los pacientes que acudieron por primera vez a nuestra USM-NA con una edad igual o inferior a 7 años en el periodo de 2000 a 2007. Se excluyeron las interconsultas de Pediatría solicitadas con pacientes hospitalizados.

Resultados: Se evaluaron 306 pacientes pre-escolares. Existe una prevalencia mayor del sexo masculino (207/99). La edad media en el momento de consultar fue de 66.95 ± 17.74 meses. No se encontraron diferencias significativas entre niños y niñas.

En cuanto a los diagnósticos, el mayor porcentaje es para el TDAH, seguido de trastornos emocionales y trastornos de conducta. Según el sexo, los niños tienen un porcentaje mayor en TDAH (44%). El 40.5% refieren antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos (el 28.7% los antecedentes familiares eran graves o muy graves).

Conclusión: Los pacientes pre-escolares representan un número constante durante los años estudiados. Son lo suficientemente numerosos y su patología lo bastante importante como para necesitar programas específicos. Los trastornos más frecuentes son los TDAH, los emocionales y las alteraciones conductuales. Existen cifras excesivamente altas de antecedentes familiares.



66 ANÁLISIS DE LA DEMANDA DE LA POBLACIÓN INFANTIL EN LA USMI DE CASTELLÓN EN EL AÑO 2006

Gómez Corral MT, Ballester Pérez C, Espinosa Mate M, Ferrer Castelló M, Real López M, Gómez Corral MT, Sospedra Felip D, Vicent Huguet M.

Unidad de salud mental infantil Gran Vía (Castellón)

Introducción: Las unidades de Salud Mental Infantil Juveniles de Castellón tienen como labor asistencial el atender a la población en un segundo nivel.

La población que se atiende en la USMI tiene un intervalo de edad de 0 a 14 años 11 meses.

La USMI-II está formada por una psiquiatra a tiempo parcial, tres psicólogas a tiempo completo, una trabajadora social a tiempo parcial, una enfermera y una auxiliar de enfermería; y se encuentra ubicada en el Centro Salud Gran Vía.

Las actividades realizadas durante el año 2006 son las siguientes:

1. Asistencia sanitaria de los diversos pacientes que acuden a la USMI
2. Realización de Programas psicoeducativos para tratar diversas patologías de los pacientes.
3. Reunión con diversos recursos educativos, sanitarios y sociales del área.
4. Formación de MIR, PIR y EIR en salud mental infantil.

Objetivo: Describir las características de la población de estudio atendida en la USMI de Castellón durante el año 2006.

Método: Estudio descriptivo de la demanda de la población infantil a la USMI II en el año 2006, en la que se describen las siguientes características: Edad, sexo, motivo de consulta, nacionalidad, motivo P-10, Etc. Se elabora un registro de recogida de datos y se recogen de las historias clínicas de esa población de estudio.

Resultados: Se obtienen las modas, frecuencias de cada una de las variables descritas en el estudio descriptivo, mediante la representación de gráficos.

Conclusiones: Conociendo los datos de la población atendida, podemos analizar mejor nuestra actividad asistencial y adecuar nuestros servicios a la realidad clínica existente así como proponer la creación de nuevos recursos que complementan los ya existentes.

CONTROVERSIAS SOBRE EL TRATAMIENTO CON CLOZAPINA EN ADOLESCENTES CON DISCRASIA HEMATOLÓGICA Y ESQUIZOFRENIA RESISTENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Pascual García B, Sabrià Ramiro O, Niubó De Castro I, Roig Vidal J, Alonso Muñoz RM, Tassara Taco G, Peña Roca J.

Institut Pere Mata

Introducción. Los trastornos psicóticos frecuentemente se inician en la adolescencia siendo algunos de los factores más relevantes en su evolución y pronóstico la edad de inicio y la respuesta al tratamiento inicial. La clozapina es un antipsicótico atípico de demostrada efectividad en la Esquizofrenia refractaria, siendo su uso restringido en población pediátrica por los potenciales efectos adversos y los controles analíticos periódicos. A pesar de la contraindicación en pacientes con alteraciones hematológicas su uso podría estar justificado en determinadas circunstancias. A continuación les presentamos nuestra experiencia en un paciente adolescente con plaquetopenia, que ha requerido tratamiento con clozapina.

Objetivo. Valorar el uso de la clozapina en pacientes adolescentes con Esquizofrenia refractaria y plaquetopenia.

Desarrollo. Se trata de un paciente varón de origen marroquí de 15 años que ingresó en Unidad de Crisis de Adolescentes durante ocho semanas por episodio psicótico refractario al tratamiento con antipsicóticos atípicos (risperidona, quetiapina, olanzapina) a dosis altas y posteriormente combinación de éstos sin mejoría clínica.

Se detectó plaquetopenia y microcitosis en la analítica de ingreso previa al inicio de tratamientos farmacológicos. Existía escasa contención familiar con oposición al manejo terapéutico propuesto (derivación a unidad de subagudos y estudio en servicio de Hematología)

Se orientó como plaquetopenia idiopática. Dada la persistencia de la sintomatología psicótica se inició tratamiento con clozapina a dosis reducidas para minimizar efectos secundarios.

Conclusiones. A pesar de los efectos secundarios, la clozapina es considerado fármaco de segunda línea en el tratamiento de la Esquizofrenia resistente en pacientes con plaquetopenias no severas.



FACTORES PRONÓSTICOS EN LA ENFERMEDAD BIPOLAR PEDIÁTRICA

Escamilla Canales I, Soutullo Esperon C, Figueroa Quintana A, Gamazo Garrán P, Machiñena K.

Clinica Universitaria, Universidad de Navarra.

Objetivos: Analizar los factores pronósticos de la enfermedad bipolar (BP) en niños.

Métodos: Evaluamos los niños diagnosticados de BP (n=38) en nuestra Unidad (1999-2005). Utilizamos el método longitudinal de la gráfica del humor del NMHI y la Escala de Impresión Clínica Global-Severidad.

Resultados: 30 (79%) eran chicos; (44,7%) tenían BP-1, 2 (5,3%) BP-2, 12 (31,6%) BP-NES, 6 (15,8%) BD-3 y 1 (2,6%) BD-4. La mediana (AIQ:Q25;Q75) de la edad al diagnóstico fue: 13,9 (10,64;15,84). Los niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) (21,1%) necesitaron alguna hospitalización durante el seguimiento, mientras sólo el 53% de los niños sin TDAH la necesitaron ($p<0,05$). Los niños de 12 años o menos pasaron 50% del tiempo de seguimiento en un episodio y los mayores, 44,6% ($p<0,05$). Los niños con peor respuesta al tratamiento (60,5%) presentaron antes los primeros síntomas: 10,5 años (8,5;12,75) que los niños con mejor respuesta al tratamiento: 13 años (11,5;12,25) ($p<0,05$). Los niños que recibieron tratamiento previo con antidepresivos (65,7%) tuvieron más episodios en el primer año pero tuvieron mejor respuesta al tratamiento ($p<0,5$). No encontramos diferencias significativas entre los niños que tenían euforia y/ grandiosidad (23,6%) o uno de los dos (49,8%) y los que no tenían ninguno.

Conclusiones: La edad de inicio menor de 12 años y la comorbilidad con TDAH son factores de mal pronóstico en la BP pediátrica. Los propuestos síntomas cardinales (euforia y grandiosidad) no influyen en el curso de la enfermedad. Se necesitan más estudios para definir el impacto del tratamiento previo con antidepresivos.

PROGRAMA PSICOEDUCATIVO INFANTIL DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL FRENTE AL S.A.P (SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL)

Serrano ML.

Hospital de la Ribera, Alzira.

Introducción: EL S.A.P. (Síndrome de Alienación Parental) es una alteración que surge casi exclusivamente durante las disputas por la custodia de un hijo y consiste en una “maniobra en la que uno de los padres dirige, de forma solapadamente sutil y perversa, a los hijos con la intención de alienar (ALEJAR) al otro progenitor, sin que exista una justificación razonable para ello”. El personal especialista en Salud Mental debe estar preparado para reconocer y actuar frente a los conflictos sociales actuales.

Objetivos: Dotar de conocimientos y habilidades al Personal Especialista en Salud Mental en el abordaje del S.A.P. enfocándolo a la atención de la infancia-adolescencia.

Material y Métodos: Estudio CUALITATIVO utilizando además de un CONSENTIMIENTO INFORMADO las siguientes escalas: TEST DEL DIBUJO DE LA FAMILIA (Corman), LO QUE PIENSO Y SIENTO (CMAS-R) (Reynolds y Richmond), CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS (CDS) (Lang y Tisher).

Resultados y Discusión: Ésta propuesta es el resultado de un “Anteproyecto de Investigación” por lo que no ha sido llevado a la práctica aunque se propondrá su aplicación futura esperando alcanzar los objetivos planteados.

Conclusiones: No debemos olvidar que para prevenir el “Maltrato Infantil” se requiere de un “Gran Compromiso” en todos los sectores... ya que son los Niños los que necesitan mayor Protección de sus Derechos, por que serán estos los adultos del mañana. Sin olvidar que el niño maltratado de hoy, puede ser el adulto conflictivo de mañana... Así que no debemos “Hipotecar su Futuro”... De ahí la importancia de la presentación del póster.



68 DIFICULTADES EN EL DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS INFANTO-JUVENILES. A PROPÓSITO DE UN CASO

Morcillo Peñalver MC, Pérez-Templado Ladrón de Guevara J, San Sebastián Cabasés J.

Hospital Ramón y Cajal.

Objetivos: Describir la psicopatología presentada en un varón de 13 años como ejemplo de la riqueza y diversidad psicopatológica de los trastornos psiquiátricos en el niño. Describir las posibles comorbilidades y los factores de confusión implicados en la dificultad de emitir un juicio diagnóstico.

Material y Métodos: Dos psiquiatras expertos realizan cuatro entrevistas clínicas exhaustivas con el niño y sus familiares de primer orden. Recopilamos los informes psiquiátricos y psicológicos previos consistentes en dos informes de alta de una Unidad de Hospitalización Breve y los emitidos desde distintos servicios de urgencias de varios hospitales de nuestra ciudad. Se trata de ajustar la exploración psicopatológica observada a las clasificaciones categoriales actuales (DSM-IV y CIE-10) con la finalidad de obtener un diagnóstico preciso.

Resultados: Tras un seguimiento de 14 meses se ha objetivado un solapamiento y variabilidad de la sintomatología que dificulta su clasificación en los sistemas actuales diagnósticos (CIE-10 y DSM-IV). Parte de la sintomatología inicial se ha mitigado (dislexia, avidez por la lectura comprensiva, rituales, aislamiento social, crisis de heteroagresividad, frecuentes llamadas de atención, celos contra su hermano e intereses excéntricos) en función de factores ambientales y madurativos del niño. Hace 14 meses, este niño recibió los diagnósticos de: TDHA, Dislexia, TOC, Síndrome de Asperger y Síndrome de Gilles de la Tourette.

Conclusión: Existe una tendencia a emitir más de un diagnóstico psiquiátrico en la población infantil debido a las características de presentación de la psicopatología en esta población, definida por su escasa especificidad, su variabilidad a lo largo del tiempo, por la frecuente comorbilidad existente entre los trastornos y la influencia en la sintomatología del momento evolutivo y madurativo, lo que dificulta la precisión diagnóstica.

¿Estamos en realidad ante varias entidades nosológicas o sólo son diferentes manifestaciones de un único trastorno?.

CONTROVERSIAS EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO BIPOLAR DEL NIÑO Y ADOLESCENTE

Pérez-Templado Ladrón de Guevara J, Morcillo Peñalver MC, San Sebastián Casés J.

Hospital Ramón y Cajal.

Objetivos: Determinar en base a la literatura científica más reciente, las opciones terapéuticas farmacológicas más eficaces en el tratamiento del trastorno bipolar en el niño y adolescente. Comparar estos resultados con nuestra casuística.

Material y Métodos: Revisión en Medline de los estudios publicados en este campo desde 1972 al 2007. Revisión de 3 casos clínicos heterogéneos con diagnóstico de Trastorno Bipolar en seguimiento actual escogidos al azar.

Resultados: Aunque existe gran controversia y escasos estudios randomizados y doble ciego, las guías terapéuticas actuales avalan la eficacia del litio como tratamiento de primera línea en niños mayores de 12 años con trastorno bipolar. Como tratamiento de segunda elección en caso de baja respuesta o aparición de efectos adversos al litio, el ácido valproico ha demostrado claramente su eficacia frente a placebo. Si existe poca respuesta a un único estabilizador, la combinación de dos estabilizadores del ánimo (litio, ácido valproico o carbamacepina) resulta más eficaz que la asociación de un estabilizador y un antipsicótico atípico. Cuando concurren síntomas psicóticos, es necesaria la asociación de un antipsicótico atípico a uno o incluso dos estabilizadores del ánimo. Esto contrasta con los resultados obtenidos en ensayos abiertos en los que algunos autores defienden el uso en monoterapia con determinados antipsicóticos de nueva generación (olanzapina y risperidona) el trastorno bipolar del niño y adolescente.

Observamos el tratamiento pautado en cuatro niños diagnosticados de trastorno bipolar en nuestra consulta, coincidimos en la necesidad de combinar dos eutimizantes previo a la asociación de un antipsicótico atípico.

Conclusiones: Es necesario la realización de más estudios controlados y randomizados que comparen la eficacia de las distintas opciones terapéuticas.



TÉCNICAS GRUPALES DE RELAJACIÓN Y BÁSICAS DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN TRASTORNOS ADAPTATIVOS Y DE ANSIEDAD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. ADECUACIÓN A LA POBLACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

Solé Llop P¹, Solé Llop P¹, Vara Ortiz A², Cobo Gómez J¹,
Fernandez Juan M², Gracia Liso R¹.

¹Corporación Parc Taulí; ²Centro de Asistencia Primaria Sta Perpétua.

Introducción:

- La relajación es un componente básico de todos los tratamientos de ansiedad y adaptativos.
- se pueden aplicar tanto a niños y adolescentes y por personal y profesionales entrenados.
- El entrenamiento en técnicas básicas de resolución de problemas es altamente eficaz en el tratamiento de las dificultades de adaptación en la infancia y adolescencia.

Objetivos:

1. Adecuar diferentes técnicas de relajación en población infanto-juvenil.
2. Adecuar diferentes técnicas básicas de resolución de problemas en población infanto-juvenil.
3. Averiguar si el ámbito de Atención Primaria es tanto o más adecuado para su realización que los ámbitos especializados.

Desarrollo

- Realizamos un Programa de formación específico desde el Equipo de Psicología del Centro de Salud Mental Infanto-juvenil con el objetivo de facultar al personal de Enfermería del Centro de Asistencia Primaria (CAP) en las diferentes técnicas.
- Establecimos un circuito interno de derivación e interconsulta.
- Realizamos una programación de 10 sesiones para dos grupos piloto poblacionales de 10 sujetos: Grupo infantil hasta 12 años (n=10) y Grupo de adolescentes de 12 a 18 años (n=10).
- Los diagnósticos admitidos fueron: Trastornos Adaptativos y/o Trastornos de Ansiedad.
- Realizamos las sesiones en la sala de educación situada en el mismo CAP y fuera del horario escolar, con medios adecuados.

Conclusiones

- Se completaron los dos grupos: infantil y adolescentes.
- La adaptación de las técnicas a estos grupos de po-

blación fue óptima y la satisfacción de los usuarios/as fue elevada.

- La intervención de Enfermería se demostró adecuada a los objetivos.
- El ámbito de la Atención Primaria se demostró al menos tan eficaz como el ámbito especializado para la realización de estos programas específicos.



70 QATT: QUESTIONNAIRE ON ATTITUDES TOWARDS TREATMENT AND ADHERENCE IN ADHD (CUESTIONARIO DE ACTITUDES Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN TDAH)

Ferrin Erdozain M¹, Guedella Sebastian N², Blanc Betes M³, Ruiz Veguilla M¹, Sinclair M², Taylor Eric².

¹Complejo Hospitalario de Jaén; ²Institute of Psychiatry; ³Hospital San Juan de Dios.

Introducción: El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una enfermedad de inicio en la infancia caracterizada por inatención, aumento de actividad e impulsividad. A pesar de la efectividad de los fármacos, el porcentaje de pacientes que cumple adecuadamente con el tratamiento se estima bajo.

Objetivos: Determinar factores relacionados con adecuado cumplimiento de la medicación en adolescentes con TDAH. Desarrollar una nueva escala para valorar actitudes de adherencia al tratamiento en este grupo.

Material;

- Desarrollo de escala Likert con 58 ítems incluyen: educación e información hacia la enfermedad y su tratamiento, insight, barreras hacia el tratamiento, relación con terapeuta, beneficios y efectos adversos del tratamiento.

- Aplicación a 90 jóvenes (>12 años) con TDAH del área sur de Londres y sus respectivos padres (padre y/o madre).

- Niveles de adherencia a tratamiento (fármacos y visitas)

- Factores demográficos, familiares, tipo de tratamiento, y enfermedad

Métodos: Análisis de fiabilidad y replicabilidad. Análisis factorial.

Resultados: Adherencia asociada a edad avanzada, nivel socioeconómico alto, ausencia de antecedentes psiquiátricos familiares, y buena estructura familiar. Alta consistencia interna y replicabilidad (Cronbach alpha =0.81). Análisis factorial: 5 componentes principales (56% de varianza): 1) conocimiento sobre la enfermedad y medicación, 2) relación con terapeuta y autoestima, 3) insight, 4) efectos secundarios de la medicación (psiquiátricos y físicos), 5) beneficios de la medicación (concentración y comportamiento).

Conclusiones: El Cuestionario de Actitudes hacia el Tratamiento para jóvenes con TDAH (QATT) supone un avance novedoso en el estudio del TDAH, con aplicación clínica y en investigación.

DIFERENCIAS PARENTALES EN LA PERCEPCION DE LOS SINTOMAS DE TDAH

Aragón M², García-Campos N¹, Miernau López I¹, Campos JA², De Dios MJ³, Amador L², Quintero Gutiérrez del Alamo J⁴.

¹Instituto Neuroconductual de Madrid;

²Clínica Dr. Quintero;

³CONFIAS; ⁴Hospital Infanta Leonor.

Introducción. El TDAH es un trastorno del desarrollo caracterizado por unos niveles evolutivamente inapropiados de problemas atencionales, sobreactividad e impulsividad. Es por tanto, una de las alteraciones comportamentales de mayor impacto en el desarrollo educativo y social del niño, si dejamos de lado todo lo que es el campo de las discapacidades.

Uno de los instrumentos de evaluación más utilizados para la identificación de las distintas conductas asociadas al TDAH, tanto en el ámbito escolar como en el ámbito familiar, son las escalas de Conners. Publicaciones previas de otros estudios realizados sobre las diferencias parentales a la hora de cumplimentar dicha escala, como es el que realizaron Althoff et al. con padre, madre y profesores de gemelos holandeses, donde no se encontraron diferencias parentales significativas en la identificación de las distintos síntomas del TDAH.

Objetivo y Metodología. El objetivo principal ha sido conocer cual es la percepción de la clínica de TDAH por parte de los Padres, y conocer si estas existen diferencias entre las mismas. Se evaluaron a 60 pacientes diagnosticados de TDAH siguiendo los criterios del DSM-IV, a cuyos padres se les solicitó que cumplimentaran por separado el CPRS-R:S (Escala de Conners para padres revisada) durante el mismo tiempo evolutivo del paciente. Se han tenido en cuenta otras variables de interés para la investigación como son; La situación familiar, la Edad del paciente, la presencia de otros diagnóstico y el Cociente Intelectual.

Resultados. Se analizaron los 60 casos, siendo la n final de 60, ya que todos los casos fueron analizables. La edad media de los pacientes fue de 10 años, con un 88% de varones y un 12% de niñas. La media del CI fue de 96 y el 46,6% presentaron algún trastorno comorbido sobre el TDAH. La media de los datos del CPRS fue; CPRS-Padre (Media=28,7, S.D.= 11,52) y del CPRS_Madre (Media=31,26; S.D.= 12,5). A pesar de las diferencias, al comparar las medias (ANOVA) la diferencia no es estadísticamente significativa (p=0,06). La correlación entre



ambas variables si alcanzó una diferencia estadísticamente significativa.

Conclusiones. La información de los Padres, como buen evaluador externo, es importante tanto en la evaluación, como en el seguimiento y evolución de los pacientes con TDAH. Las diferencias encontradas no alcanzan diferenciación estadística y la correlación entre ambas es alta, lo que nos podría hacer suponer que la información por uno de los progenitores puede ser suficiente durante las consultas. No obstante hemos de analizar algunos factores como el estatus entre los padres, la gravedad del trastorno, o la presencia de comorbilidades, en como influyen. También la presencia de clínica TDAH-like entre algunos de los progenitores, que podría hacer que ese progenitor tolerara mejor los síntomas y por tanto puntuara mas bajo la clínica. De la misma manera una variable que puede ser importante es el tiempo que pasa cada progenitor con el niño y como esto influye en la valoración.

Bibliografía.

- Althoff RR, Copeland WE, Stanger C, Derks EM, Todd RD, Neuman RJ, Van Beijsterveldt TC, Boomsma DI, Hudziak JJ. The latent class structure of ADHD is stable across informants. *Twin Res Hum Genet.* 2006 Aug;9(4):507-22.
- Quintero Gutiérrez del Álamo F J, Correas Lauffer J, Quintero Lumbreras F J. Déficit de atención e hiperactividad a lo largo de la vida. Madrid 2006.
- Rasmussen ER, Todd RD, Neuman RJ, Heath AC, Reich W, Rohde LA. Comparison of male adolescent-report of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptoms across two cultures using latent class and principal components analysis. *J Child Psychol Psychiatry.* 2002 Sep;43(6):797-805.

EVOLUCIÓN DE LAS DISCAPACIDADES DEL APRENDIZAJE A LO LARGO DE MÁS DE UNA DÉCADA.

Miernau Lopez P, García-Campos N¹, Aragón M², Loro M², Unzeta B², De Dios MJ³, Quintero Gutiérrez del Álamo J⁴.

¹Instituto Neuroconductual de Madrid; ²Clínica Dr. Quintero; ³CONFIAS; ⁴Hospital Infanta Leonor.

Introducción y Objetivo. Los trastornos del aprendizaje (TA) son dificultades delimitadas a la adquisición y uso de las aptitudes escolares. (Quintero Gutiérrez del Álamo et al. 2006) La prevalencia se sitúa entre el 2 y el 10%. Según el DSM-IV-TR, se diagnostica un TA (trastorno de la lectura, trastorno del cálculo, trastorno de la expresión escrita y trastorno del aprendizaje no especificado) cuando el rendimiento académico es inferior a lo esperado para la edad y nivel de inteligencia, según indican pruebas normalizadas administradas individualmente. En términos de comorbilidad, muchos autores señalan que un gran porcentaje de pacientes con TA reúnen los criterios para el TDAH y viceversa. (Spencer et al. 1999; Quintero et al. 2006; Artigas J. 2003; Brown 2003)

La presente investigación pretende estudiar la evolución, la prevalencia y la comorbilidad de los TA entre los años 1994 y 2007.

Material y Método. Se revisaron la historia de los pacientes ingresados en la Unidad de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, de la Clínica Doctor Quintero desde el año 1994 hasta el 2007 ambos incluidos, mediante un archivo informatizado.

En primer lugar, del total de los pacientes (n=3517) se analizaron aquellos que fueron diagnosticados de TA según el DSM-IV y DMV-IV-TR. Se dividieron los pacientes en función de la edad de 6 a 11 años (educación primaria) y de 12 a 16 años (educación secundaria). Las pruebas psicométricas utilizadas fueron TALE, WISC-R y WISC-IV. Se analizaron los datos teniendo en cuenta tres grupos en función de la comorbilidad con los TA.

Resultados y Conclusiones. Durante los años 1994-2007 ingresaron en la clínica 3.517 pacientes de los cuales 533 fueron diagnosticados de TA. La distribución anual oscila entre un 8,95% y un 22,28% obteniendo una media de 15,15%.

En el primer grupo se incluyeron aquellos pacientes diagnosticados únicamente de TA (Grupo I). Del total de pacientes con TA 533 pacientes, 104 pertenecían al Grupo I, es decir un 19,5%. En el segundo se estudiaron



72 aquellos con comorbilidad de TA y otros trastornos (Grupo II). En este grupo se registraron 100 pacientes, un 18,8% del total de pacientes diagnosticados de TA. Y en el tercer grupo se incluyeron los pacientes con comorbilidad del TA y TDAH (Grupo III). Aquí se encontraban el resto de pacientes con TA, 329 de un total de 533. es decir un 61,7%. Al observar la excesiva representatividad del Grupo III, se hizo el análisis a la inversa y se buscaron los pacientes diagnosticados de TDAH (n=890) y que a la vez presentaban TA. De los 890 pacientes con TDAH, 380 cumplían los criterios de TA, es decir un 42,69%. Así pues encontramos en educación primaria un 66,06% y en educación secundaria un 33,94% de pacientes con TDAH y TA. Al calcular los Riesgos Relativos encontramos que Los pacientes con TDAH tienen 4,76 veces más probabilidad de tener TA que los no TDAH y Los pacientes con TA tienen 3,28 veces más probabilidad de tener TDAH que los que no tienen un TA.

Bibliografía

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSMIV-TR. 4ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2002.
- Brown T E. Trastorno por déficit de atención: una mente desenfocada en niños y adultos. Barcelona: 2006.
- Lyon GR. Learning disabilities. Future Chile 1996;6:54-76
- Quintero Gutiérrez del Álamo F J, Correas Lauffer J, Quintero Lumbreras F J. Déficit de atención e hiperactividad a lo largo de la vida. Madrid 2006.
- Spencer T, Biederman J, Wilens T. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Comorbidity. Pediatric Clin N Amer 1999; 46:915-927

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

Pedreira Massa JL³, Ochoa R², Ribé JM¹, Gutiérrez S³, Faya MM³, Martínez Cantarero C³, Graell Berna M³.

¹Hospital Nuestra Señora de Sonsoles; ²Instituto Nacional de Pediatría; ³Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

Introducción: La clasificación de los trastornos mentales de la primera infancia es un tema que no está resuelto en la actualidad. Las actuales clasificaciones de trastornos mentales son para la edad adulta y utilizarlas en la primera infancia es poco riguroso. Existen algunas clasificaciones que se están estudiando en la actualidad, pero no está generalizado su uso.

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

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

Discusión y conclusiones: Las clasificaciones generales resultan harto insatisfactorias e imprecisas para la clasificación de los trastornos mentales de la primera infancia, sobre todo de los complejos y más graves. Tampoco la clasificación de discapacidades aporta soluciones. La CFTMEA puede ser útil por representar un modelo psicopatológico y dimensional, pero su excesiva dependencia teórica la hace de difícil aplicación en determinados casos. La NCCIP se está desarrollando, aunque es atractiva. Aún se precisa profundizar más en comparaciones clínicas para obtener clasificaciones de los trastornos mentales en la primera infancia.



PSICOINMUNOLOGÍA Y TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS

Molina Valdespino D², Trancoso M², Ochoa R², Pedreira Massa JL².

¹Hospital Infantil Universitario Niño Jesús; ²Instituto Nacional de Pediatría.

Introducción: Las últimas investigaciones acerca de los trastornos psicósomáticos en la infancia relacionan de forma relevante las alteraciones inmunológicas y su enlace con los procesos mentales, campo conocido como psicoimmunología.

Objetivo: Revisar el estado actual de los conocimientos en psicoimmunología y trastornos psicósomáticos de la infancia

Material y métodos: Revisión de la bibliografía. Empleando como buscadores: psicoimmunología, psicósomática, infancia.

Discusión y conclusiones: Las teorías de la primera vinculación han aportado el fundamento clave para este tipo de investigaciones, siendo el principal valedor el Prof. Kandel con sus investigaciones acerca de neurobiología y algunos conceptos procedentes del campo del psicoanálisis. Algunas investigaciones acerca de la inmunología en los receptores de algunas células inmunológicas (en concreto los linfocitos T) así lo atestiguan. El modelo biomédico tiene limitaciones para explicar el papel de la subjetividad emocional en el fenómeno de la patología sistémica. Por lo que la investigación de ligazón entre sustratos emocionales y parámetros inmunológicos es necesaria.

¿PSICOSIS DESORGANIZADA O HEBEFRENIA EN LA ADOLESCENCIA?

73

Pedreira Massa JL², Trancoso M¹, Suárez R³, Martínez Cantarero C², Faya MM², Graell Berna M².

¹Instituto Nacional de Pediatría; ²Hospital Infantil Universitario Niño Jesús; ³Hospital Central de la Defensa.

Introducción: Las psicosis en la infancia y la adolescencia son un campo poco explorado y escasamente contrastado clínicamente con ejemplos clínicos. Se aplican los criterios diagnósticos de la edad adulta y no siempre se corresponden con la clínica que encontramos. Un caso actual es el concepto de psicosis desorganizada y la desaparición de la hebefrenia.

Objetivo: Debatir acerca de los criterios diagnósticos de los trastornos psicóticos en la adolescencia

Material y métodos: Se presenta un caso clínico cuya forma clínica de presentación fue compleja, aparentaba un cuadro borderline, pero la evolución fue aportando síntomas y signos de gran complejidad y desorganización mental.

Discusión y conclusiones: En la actualidad parece emerger el concepto de "psicosis única", sobre todo en la infancia y la adolescencia. Este caso nos sitúa ante este concepto con el emerger y una presentación precoz del trastorno hebefrénico que, a nuestro parecer, es más adecuado que el de psicosis desorganizada, al menos en estas etapas de la adolescencia. Revisamos el concepto desde la perspectiva histórica, fenomenológica, psicopatológica y clínica, en relación al caso que nos ocupa. Una vez más debemos concluir en la inadecuación de los sistemas de clasificación actuales para los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia.



74 TDAH Y ADOPCIÓN: ENCUENTROS Y DESEN-
CUENTROS

Pedreira Massa JL², Trancoso M¹, Suárez R³, Graell Berna M², Faya MM², Martínez Cantarero C².

¹Instituto Nacional de Pediatría; ²Hospital Infantil Universitario Niño Jesús; ³Hospital Central de la Defensa.

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

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

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

Discusión y conclusiones: De esos 23 casos solamente uno reunía los criterios precisos de TDAH, aplicando tanto los criterios de inclusión como de exclusión de los sistemas internacionales de clasificación, sin embargo los 23 casos estaban con tratamiento farmacológico estimulante. Se detectan casos de posible síndrome feto-alcohol y, sobre todo, la institucionalización precoz, lo que nos obligó a buscar en la bibliografía y obtener el solapamiento de los síntomas en estos casos, con lo que la conclusión es similar a la de Vera Fahlberg (2006): "Los datos de las investigaciones sobre niños institucionalizados nos aportan que los síntomas de estos niños que se criaron sin cuidados primarios eran similares a los vistos en niños con TDAH, pero no padecían un TDAH". Nuestras conclusiones resaltan: La mejor conclusión es tener una posición crítica, honesta y humilde: Necesitamos más estudios y mejor diseñados metodológicamente, así como estudios de seguimiento longitudinal y contextualizados; se pueden replicar resultados, pero las conclusiones poseerán poco valor, escasa evidencia científica y estarán plagados de sesgos; se han investigado los factores de riesgo, en el futuro habremos de investigar los factores de protección y resiliencia si queremos comprender el proceso de la adopción en su conjunto. Todo un reto para la investigación

EXPRESIÓN DIFERENCIAL DEL GEN NRG1 EN
PACIENTES CON TDAH Y CON TRASTORNO
BIPOLAR: RESULTADOS PRELIMINARES OB-
TENIDOS MEDIANTE MICROARRAYS DE
ADNC

Gálvez Gómez MD, Soutullo Esperón CA, Patiño García A, Ortuño Sánchez-Pedreño F.

Clínica Universitaria de Navarra.

Introducción. Los niños y adolescentes diagnosticados de trastorno bipolar a menudo presentan comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, como TDAH, lo que dificulta su diagnóstico y tratamiento. Ambos trastornos presentan un importante componente genético. Dado que las dimensiones clínicas son insuficientes para aclarar cuestiones nosológicas, es útil examinar otras fuentes de validación como son los estudios genéticos.

Objetivo. Evaluar el transcriptoma humano mediante arrays de expresión para detectar genes que se expresen diferencialmente entre niños y adolescentes con TDAH o con trastorno bipolar.

Métodos. Se reclutaron 16 pacientes con TDAH (DSM-IV), 12 varones y 4, cuya media de edad era de 14 años (de 9 a 21) y 9 pacientes con trastorno bipolar, 3 varones y 6 mujeres, cuya media de edad era de 18 años (de 10 a 23). Únicamente se incluyeron en el análisis de expresión los pacientes con TDAH tratados con metilfenidato (n=11). De una muestra de sangre de cada paciente, se extrajo el ARN y se analizó mediante el array GeneChip® Human Genome U133 Plus 2.0 de Affymetrix. La hibridación de los arrays y el subsiguiente análisis bioinformático se realizó en colaboración con la empresa PROGENIKA Biopharma S.A. (Derio, España).

Resultados. Se detectaron 1057 sondas diferencialmente expresadas entre ambos diagnósticos. Destaca el gen de la neuregulina 1 (NRG1), que está significativamente sobreexpresado en pacientes con trastorno bipolar respecto a pacientes con TDAH (p<0,005).

Conclusiones. Estudios previos han mostrado evidencias de la implicación del gen NRG1 en la susceptibilidad a trastorno bipolar y a esquizofrenia, pudiendo desempeñar un papel en la etiología de las psicosis funcionales que cursan con síntomas maníacos e incongruentes con el estado de ánimo. Nuestros resultados apuntan a un posible papel de la neuregulina 1 como biomarcador en este tipo de patologías.



ORGANIZACION Y EVOLUCION VINCULAR EN MADRES DE PACIENTES PSIQUIATRICAS ADOLESCENTES

Bayo Fernández C, Gállego Valverde B, Martínez Ladrón J, Morandé Lavin G.

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

Introducción y Objetivos: El presente trabajo trata de profundizar en la relación madre-hija y valorar el tipo de vinculación trigeracional existente en distintos desarrollos patológicos.

A partir del estudio de la organización vincular de las madres (con su propia madre y con sus hijos) esperamos:

- hallar diferencias en el tipo de vinculación existente en los distintos grupos estudiados
- confirmar la incidencia de v.insegura en diferentes cuadros psiquiatricos de la adolescencia
- explorar la transmisión transgeneracional del vínculo considerando los vínculos con los hijos

Material y Método: 120 entrevistas realizadas con las madres, divididas en 6 grupos, utilizando la AAI (Adult Attachment Interview- Kaplan y Main). Programa estadístico SPSS.

Resultados y Conclusiones:

- se encuentran diferencias significativas en la vinculación con la madre en todos los grupos
- la mayor incidencia de vinculación segura (en todas las variables) se da en el grupo control
- la mayor incidencia de v. insegura se da en los grupos de pacientes ingresadas
- en el grupo de trastornos de alimentación se dan v. inseguros de tipo preocupado tanto con las pacientes como con sus hermanos.
- en general se observa mejor vinculación de la madre con los hermanos que con los pacientes

Se observa que a psicopatología más grave se da peor vinculación, tanto con la prole como con la familia de origen y menor evolución vincular favorable a lo largo del tiempo (movimientos compensatorios vinculares).

DESCRIPCIÓN DE LA DEMANDA DE LA POBLACIÓN INFANTIL EN LA USMI II DE CASTELLÓN EN EL AÑO 2007

Gómez Corral, Huguet MT, Sospedra Felip M, Real López D, Gómez Corral M, Ferrer Castello MT, Espinosa Mate M, Ballester Pérez M,

Introducción: Las unidades de Salud Mental Infanto Juveniles de Castellón tienen como labor asistencial el atender a la población infanto-juvenil de castellón. La población que se atiende en la USMI tiene un intervalo de edad de 0 a 14 años 11 meses.

La USMI-II está formada por una psiquiatra a tiempo parcial, tres psicólogas a tiempo completo, una trabajadora social a tiempo parcial, una enfermera y una auxiliar de enfermería; y se encuentra ubicada en el Centro Salud Gran Via.

Las actividades realizadas durante el año 2007 son las siguientes:

- Asistencia sanitaria de los diversos pacientes que acuden a la USMI
- Realización de Programas psicoeducativos para tratar diversas patologías de los pacientes.
- Reunión con diversos recursos sanitarios, educativos y sociales del área.
- Formación de MIR, PIR y EIR en salud mental infantil.

Objetivo: Describir las características de la población de estudio atendida en la USMI de Castellón durante el año 2007

Método: Estudio descriptivo de la demanda de la población infantil a la USMI II en el año 2007, en la que se describen las siguientes características: Edad, sexo, motivo de consulta, nacionalidad, motivo P-10, Etc. Se elabora un registro de recogida de datos y se recogen de las historias clínicas de esa población de estudio.

Resultados: Se obtienen las modas, frecuencias de cada una de las variables descritas en el estudio descriptivo, mediante la representación de gráficos.

Conclusiones: Conociendo los datos de la población atendida, podemos analizar mejor nuestra actividad asistencial y adecuar nuestros servicios a la realidad clínica existente así como proponer la creación de nuevos recursos que complementan los ya existentes.



76 PROGRAMA DE HOSPITAL DE DÍA INFANTIL PARA TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

Villaseñor A, Graell M, Gil L, Cabello V, González T, Faya M, Morandé G.

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

Los trastornos de alimentación prepuberales presentan características clínicas específicas que obligan a manejar distintos sistemas de clasificación y estrategias de tratamiento. El HIUNJ propone dentro del modelo de continuidad de cuidados en la Unidad, un programa de Hospital de Día Infantil cuyo objetivo principal es proporcionar experiencias terapéuticas alternativas sin separar al niño de su familia, medio social y escolar ofreciéndole un medio estable, estructurado y altamente coordinado con diversas modalidades terapéuticas: individual, grupal, familiar, académico, recreativo, social, médico y enfermería; contando con un equipo multidisciplinar cualificado: psicólogo, psiquiatra, enfermera, maestra, logopeda, nutricionista y trabajadora social.

Dicho programa consta de objetivos terapéuticos, y de gestión. Existiendo criterios de admisión, exclusión y evaluación. La organización como Hospital de Día intrahospitalario sigue el modelo bio-psicosocial y establecimiento de: vínculo terapéutico, principios cognitivo-conductuales, pedagógicos e intervención de enfermería. La actuación es grupal, familiar e individual, siendo la grupal e individual 3 días a la semana en un horario de 8 a 15h; el grupo de padres es bisemanal.

Nuestra experiencia en un año ha sido N=30. Edad Media 10'23. Sexo: niños 30%, niñas 70% distribuidos en los siguientes diagnósticos: Anorexia nerviosa restrictiva, AN Infantil, Disfagia funcional, Trastorno Alimentación no especificado, Bulimia nerviosa, Comedores selectivos. Potomania. T. Afectivo. Más trastornos comórbidos. Con una estructura familiar que va desde la familia organizada hasta la caótica. Estancia media de 45 días. Discusiones en diagnóstico multiaxial. Necesidad de evaluación conductual por varios informantes, equipo multi-disciplinar, familia disponible y entrenada.

ESTABILIDAD DE LOS RASGOS DE PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES CON ANOREXIA NERVIOSA: ESTUDIO LONGITUDINAL PRELIMINAR

Graell M, Rodríguez L, Andrés P, Villaseñor A, Faya M, Martínez C, Morandé G, Gamiz G.

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

Objetivos: Evaluar la estabilidad a los dos años de seguimiento de los rasgos de personalidad de pacientes adolescentes que sufren un trastorno de alimentación.

Material y Método: Estudio longitudinal, se evaluó a los pacientes durante la hospitalización y a los dos años. Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos y rasgos de personalidad con el Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI). De la muestra inicial presentamos los datos preliminares de 25 pacientes con ANR [edad media 14,92 (1,47)].

Se realizó la prueba estadística de Wilcoxon para muestras relacionadas. Se aplicó la prueba de Cohen para observar el efecto del cambio. Se utilizó el paquete estadístico SPSS. 15.0 para realizar los análisis. Consideramos que existían diferencias significativas cuando la $p \leq 0,05$.

Resultados: No se encontraron diferencias significativas en los prototipos de personalidad conformista, sumiso, oposicionista y límite entre el momento inicial y al seguimiento. Se encontraron diferencias significativas en los prototipos de personalidad egocéntrico e histriónico puntuando más en el momento de seguimiento y los prototipos introversión, inhibido, pesimista y autopunitivos puntuaron menos en seguimiento.

Conclusiones: En adolescentes con anorexia nerviosa restrictiva, los rasgos conformistas (obsesivos), sumiso (dependiente), oposicionista (pasivo-agresivo) y límites se mantienen estables. Los rasgos egocéntricos (narcisistas) e histriónicos no se mantienen estables, incrementándose a los dos años. Los rasgos de introversión (esquizoide), inhibido (evitativo), pesimista (depresivo) y autopunitivo no se mantienen estables, decreciendo a los dos años.



EL BOSQUE DE LA VIDA. PROGRAMA DE ENLACE USMIJ/ONCOLOGIA INFANTIL

Alonso Cuesta R Dorado Siles I, Quiroga Cantero E, Márquez Vega C, Ramírez Villar G.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El contenido forma parte del programa de enlace que desde el año 2001 se lleva a cabo entre la USMIJ y la Unidad de Oncología Infantil. El árbol es uno de los símbolos más antiguos que se conoce y que tiene en sí mismo una doble representatividad. De un lado es una representación del “sí-mismo” (C.G. Jung) pero también representa el vivir y morir de la naturaleza, sus ciclos y cambios, y nos permite simbolizar a través de él los ciclos de cambio de nuestra propia vida.

Objetivo: Este poster no será un análisis científico sino sólo la representación a través de los árboles, a veces tan dañados, del bosque desconocido y a veces tan amenazante que constituye la vida de nuestros pacientes oncológicos. Es pues un pequeño homenaje a estos chicos que cruzan el bosque llenos de coraje.

Desarrollo: La idea de utilizar el dibujo del Árbol como un instrumento diagnóstico auxiliar, se la debemos a E. Jucker y nosotros lo utilizamos porque en la situación en que se encuentran los pacientes de oncología infantil es una prueba que requiere unas condiciones mínimas: materiales (lápiz y papel), no tiene límite de tiempo, no exige esfuerzo, es bien aceptado por niños de cualquier edad.

En contrapartida nos permite percibir contenidos inconscientes que nuestro interlocutor no pretendía, no podía e incluso evitaba comunicar.

Conclusiones: A través del dibujo del árbol (T. del Árbol) podemos extraer información útil que nos permite comprender y ayudar mejor a estos pacientes que se encuentran viviendo una grave crisis personal en la cual “la palabra” a veces se torna imposible y no solo por motivos psicológicos.

DESCRIPCIÓN Y PROPUESTA DE UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA INFANTO-JUVENIL

Geijo Uribe S, Ballesteros Alcalde MC, Pérez Ruiz E, Imaz Roncero C.

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción: Estudio descriptivo retrospectivo sobre ingresos, en los primeros nueve meses de funcionamiento (23 Mayo 07-Febrero 08), en la Unidad Regional de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil. Dispositivo con 8 camas, del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, de referencia para toda la comunidad de Castilla y León.

Población, Material y Método: Se recogieron datos de: Edad, Sexo, Provincia y Medio de procedencia, Tipo de Ingreso, Tratamiento psiquiátrico previo, Motivo del ingreso, Nacionalidad, Días de estancia, Diagnóstico al alta, EEAG al ingreso y al alta y Reingresos.

Resultados: Ingresan 68 pacientes (50% varones y 50% mujeres). Edad media de 14 años; un 12% tiene menos de 12 años. El 49% de los ingresos son derivaciones de fuera de Valladolid, siendo el 62% de procedencia urbana y el 89% de nacionalidad española. El 61% son ingresos programados y el 35% no había tenido tratamiento psiquiátrico previo. Total de estancias de 1566, con una media de 21,68 días (rango 1-71), una ocupación del 70,9% y un 13% de reingresos, la mayoría por trastornos de la alimentación (TCA). El objetivo del ingreso era someterse a tratamiento intensivo en un 81%, mientras que el 19% restante lo hace para diagnóstico diferencial. Las causas que motivan el ingreso son: auto y/o heteroagresividad (59%), alteración de la conducta alimentaria (20%), síntomas psicóticos (11%), alteraciones emocionales (5%) y ansiedad (5%); mientras que los diagnósticos principales más prevalentes son el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y los TCA. El 29% de los pacientes presenta un CI límite o retraso mental y el 41% presentan comorbilidad médica y solo un 7% consumo de tóxicos. Existe una mejora en EEAG.

Conclusiones: Se esperaba una mayor prevalencia de Trastornos psicóticos. El rango de edad para el ingreso es amplio (5-17 años) valorándose la buena integración de las distintas edades. Hay una buena satisfacción en el funcionamiento tanto de los profesionales como de pacientes y familia, con independencia de su procedencia.



78 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TRASTORNO SOMATOMORFO CON DULOXETINA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS EN POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE

García Martín I, Soutullo Esperón C, Carballo JJ, Figueroa Quintana A, Gálvez D.

Clinica Universitaria de Navarra, Pamplona.

Introducción: Los trastornos somatomorfos se caracterizan por la presencia de síntomas físicos recurrentes no explicados por una condición médica o por el efecto directo de una sustancia. No son provocados de forma deliberada por el paciente. Se cree que estos síntomas somáticos pueden estar asociados a factores psicológicos.

Duloxetina es un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y de noradrenalina. Este fármaco se ha consolidado como un tratamiento seguro y efectivo para pacientes adultos con trastorno depresivo y síntomas físicos. Sin embargo, existe una información limitada acerca del uso de duloxetina en niños y adolescentes.

Objetivo: Nuestro objetivo fue evaluar la efectividad, seguridad y tolerabilidad de duloxetina en el tratamiento de niños y adolescentes con trastorno somatomorfo.

Métodos: Describimos dos casos de pacientes adolescentes que fueron valorados en consultas externa de nuestro Departamento a petición del Departamento de Pediatría y Neuropediatría respectivamente, por presentar numerosos síntomas físicos abigarrados y discordantes. Todas las exploraciones realizadas para descartar causa orgánica que justificara dicha sintomatología fueron normales.

Resultados: Tras valorar a los pacientes (historia psiquiátrica y test psicodiagnósticos) se les diagnosticó de Trastorno Somatomorfo. Fueron tratados con múltiples fármacos (antidepresivos, ansiolíticos, estimulantes y eutimizantes) pero sólo presentaron mejorías parciales y poco mantenidas en el tiempo. Al iniciar tratamiento con Duloxetina (30mg/día y 60mg/día respectivamente) se evidenció mejoría moderada a la semana y tres semanas respectivamente, resolución progresiva de los síntomas somáticos, y finalmente remisión total. La respuesta se mantiene tras 7 y 14 meses respectivamente.

En ninguno de los pacientes se observó la aparición de efectos adversos tras el inicio de tratamiento con duloxetina

Conclusiones: Duloxetina puede ser un tratamiento efectivo y bien tolerado para niños y adolescentes con trastorno somatomorfo.

Estos hallazgos deben ser considerados como provisionales. Son necesarios estudios clínicos controlados.



ANOREXIA NERVIOSA EN PACIENTES PREPÚBERES. MANEJO Y TRATAMIENTO EN UNA UNIDAD PSIQUIÁTRICA INFANTIL

Vila Grifoll M², Hill V¹, Mukherjee K¹, Rose G¹.

¹Collingham Child and Family Centre; ²Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry.

Introducción: Las características de la Anorexia Nerviosa son: 1. rechazo a mantener un peso corporal mínimo (inferior al 85% del esperado, no ganancia del peso esperado en prepúberes), 2. miedo intenso a ganar peso y 3. alteración significativa de la percepción del cuerpo. En mujeres postpúberes hay presencia de amenorrea. Generalmente la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta de alimentos. Cuando no se cumplen todos los criterios diagnósticos se habla de Anorexia Nerviosa Atípica según la CIE 10 o de Trastorno de Conducta Alimentaria no especificado según el DSM-IV.

El trastorno se presenta generalmente durante la adolescencia o en los primeros años de la edad adulta, aunque también puede aparecer al final de la niñez. La prevalencia e incidencia del trastorno varía dependiendo de la muestra estudiada.

Esta enfermedad se trata con una combinación de diversos tratamientos: rehabilitación nutricional, terapia motivacional y modificación de conducta, terapia cognitivo-conductual y terapia familiar.

Objetivos, Metodología y Resultados: Se describen las características demográficas y psicopatológicas, y los síntomas físicos de 4 pacientes prepúberes, ingresadas con un diagnóstico de Anorexia Nerviosa o de Anorexia Nerviosa Atípica. Comentaremos los factores precipitantes, los rasgos de personalidad y las dinámicas familiares de los casos. Se discutirá el manejo y las diferentes terapias ofrecidas durante el ingreso.

Conclusiones: La Anorexia Nerviosa es un trastorno de mal pronóstico en la infancia. El diagnóstico precoz es imprescindible, ya que la enfermedad puede tener efectos devastadores durante este periodo crucial de crecimiento y maduración del niño.

TRASTORNO REACTIVO DE LA VINCULACIÓN: ¿INFRADIAGNÓSTICO O SOLAPAMIENTO SINTOMÁTICO?

Lázaro Redondo M, Pérez-Templado Ladrón de Guevara J, San Sebastián Cabases J.

Hospital Ramón y Cajal.

Introducción: El trastorno reactivo de la vinculación es un trastorno poco frecuente en la consulta de psiquiatría infantil, que aparece en niños menores de 5 años, siendo muchas veces detectado por los servicios sociales que atienden a menores que sufren negligencia. El vínculo es la medida de relación entre el niño y su cuidador, que se caracteriza por ser recíproca y que desarrollada de manera temprana y segura favorece la autonomía del niño. **Objetivos:** Resaltar la necesidad de detección precoz de este trastorno a través de la descripción de un caso clínico.

Material y Métodos: Se describe un caso clínico de un niño de 4 años y medio que fue remitido a la consulta de psiquiatría infantil con el diagnóstico de retraso madurativo y del lenguaje, así como comportamiento extraño de pobre relación con sus pares, actitud de "lejanía" ante su madre y reactividad indiferenciada ante extraños.

Resultados: Ante un caso de un niño que asocia retraso madurativo y del lenguaje con comportamiento extraño se debe hacer un diagnóstico diferencial sobre todo con trastornos generalizados del desarrollo y en menor medida, con otros trastornos. En el caso que describimos, el niño cumple criterios diagnósticos DSM-IV y CIE-10 de trastorno reactivo de la vinculación con presencia de anomalías en las formas de relación social del niño, con la presencia de vínculos difusos manifestados por una sociabilidad indiscriminada con acusada incapacidad para mostrar vínculos selectivos adecuados, en los que se asocia una carencia parental no respondiendo adecuadamente a las necesidades emocionales del niño.

Conclusiones: El trastorno que se describe, está presente en las clasificaciones internacionales de consenso vigentes (CIE-10 y DSM-IV) siendo su causalidad relacionada con la crianza y de trasfondo psicodinámico. En consecuencia, también su abordaje debe serlo e implicar a distintos profesionales en una labor coordinada y de equipo.

¿Puede deberse su escasa incidencia a una deficiente identificación del trastorno, motivado ello por una escasa consideración de los factores psicodinámicos implicados?



80 ANOREXIA NERVIOSA ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y PRONÓSTICO

Guijarro Granados T, Zurita Gotor P, Sanz Y.

Servicio Andaluz de Salud.

Introducción: El pronóstico de la anorexia nerviosa depende del diagnóstico y la intervención precoz. A medida que se han ido constituyendo programas específicos, su cronicidad ha disminuido. Algunos estudios analizan la correlación entre las subpuntuaciones del EDI y el pronóstico de la anorexia pero pocos relacionan el Índice de masa corporal con las subpuntuaciones del EDI.

Objetivos: Determinar si existe relación entre el Índice de masa corporal y la evolución de la enfermedad. Analizar si el Índice de masa corporal correlaciona con determinadas puntuaciones del EDI.

Material y Métodos: 30 pacientes que acuden a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil entre 2002-2004, 23 diagnosticadas de anorexia nerviosa (AN) atípica y 7 con diagnóstico de AN típica. 8 cumplen criterios de cronicidad (sin alta en los 2 años siguientes al diagnóstico), 23 sin criterios de cronicidad. Análisis realizado con programa estadístico spss 10.0 (test de Mann-Whitney y Spearman's rho).

Resultados: La media del IMC inicial es de 18.88 entre las que desarrollarán una AN crónica y de 19.3 entre las que no se cronificarán, sin diferencias estadísticamente significativas (p de 0.818). Encontramos una correlación positiva, estadísticamente significativa, entre valores del IMC y las subpuntuaciones del EDI-2 de insatisfacción corporal (correlación del 0.609, siendo $p < 0.01$) y entre el IMC y la subpuntuación de ascetismo (correlación de 0.640, siendo $p < 0.01$)

FACTORES DE VULNERABILIDAD EN INTENTOS DE SUICIDIO DE ADOLESCENTES

Laporte Breyse V, Vicente Antoñanzas V.

Corporació Sanitària Parc Taulí.

Introducción: Ante el aumento de conductas autolíticas en la adolescencia atendidas en nuestro servicio de urgencias psiquiátricas, se plantea registrar y analizar factores de vulnerabilidad.

Material y métodos: Se ha estudiado un grupo de 15 casos de población adolescente atendida por intento de suicidio, en 2007. Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo de variables demográficas (edad y sexo); de factores de vulnerabilidad psicosociales en relación a los vínculos afectivos y situación académica; y de factores psiquiátricos y psicológicos como el tipo de intento suicida, recurrencia del intento, diagnóstico y sintomatología previa al intento.

Resultados: La relación varón/mujer es de 10/5 y la media de edad ha sido de 15,2 años. Se observa una predominancia de intentos de suicidio por ingesta de benzodiazepinas extraídas del botiquín del domicilio. Aparece una correlación alta entre el abandono de estudios, fragilidad en los vínculos y la tentativa de suicidio. Prevalece una finalidad evitativa o contra-ansiosa a la finalidad de muerte. Se observa una correlación mayor del intento de suicidio con ansiedad/irritabilidad y sentimientos previos de soledad y baja autoestima.

Conclusiones: Hemos observado una correlación entre el abandono previo de los estudios y la tentativa, así como con el hecho de una estructura familiar frágil, ya sea por rupturas, o acontecimientos traumáticos. En relación a los aspectos psicológicos, la tentativa se correlaciona con un estado ansioso y sentimientos de soledad y baja autoestima. Es preciso ampliar el estudio de la casuística a partir de entrevistas diagnósticas estandarizadas para confirmar nuestros resultados y poder establecer factores de protección.



SÍNDROME DE RETT: NUEVA MUTACIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO

De Sande Díaz F²; León Quintana C², Garzón Gómez M², Álvarez Arroyo S¹, Gómez Pérez S², Cabrera C², Gutiérrez Casares JR¹.

¹Servicio Extremeño de Salud; ²Servicio Canario de Salud.

Introducción: El síndrome de Rett es un trastorno neurológico progresivo incluido dentro de los trastornos generalizados del desarrollo que afecta esencialmente a niñas. Tras un desarrollo pre y perinatal normal comienzan a aparecer en torno a los 6 meses de edad los primeros síntomas (microcefalia, pérdida de habilidades manuales adquiridas, estereotipias, de integración social, lenguaje adquirido y ataxia) con un curso progresivo, incapacitante y grave deterioro intelectual. Su herencia es autosómica dominante, ligada al cromosoma X con mutaciones en el gen MECP2, la mayoría de novo.

Objetivo: Conocer la existencia de una nueva mutación encontrada para este síndrome y los pasos seguidos para el diagnóstico.

Material y Métodos: Paciente mujer de 2 años y medio de edad remitida a la consulta con el diagnóstico de rasgos autistas y retraso psicomotor. Se inicia estudio mediante realización de entrevistas a familiares de primer grado, observación del paciente y exploración clínica, cumplimentación de escalas (M-CHAT) realización de pruebas complementarias (RMN, EEG, PEATC, Estudio metabólico, estudio genético).

Resultados: Ante la sospecha clínica de S. de Rett se solicita estudio de la mutación MECP2, detectándose la presencia de una mutación de dicho gen no descrita, hasta el momento actual, en la literatura.

Conclusiones: El S. de Rett es una patología poco frecuente que causa gran discapacidad. El diagnóstico precoz es de gran importancia para el inicio de un tratamiento adecuado en la mayor brevedad posible y evitar así un mayor deterioro del paciente.

SALUD MENTAL EN EDAD PREESCOLAR: DESDE LA TEORÍA DE LA MENTE A LAS CLASIFICACIONES CATEGORIALES

De Sande Díaz F¹, Álvarez Arroyo S², León Quintana C¹, Sánchez Sánchez J³, González Santana S¹, Gutiérrez Casares JR³.

¹Servicio Canario de Salud; ²Servicio Extermaño de Salud; ³Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Introducción: La salud mental en la edad preescolar ha sido un importante foco de atención en la literatura científica. Son múltiples los autores que han intentado dar una respuesta a la etiología de la enfermedad psiquiátrica buscando en estas edades, cómo se manifiesta en los niños preescolares y los posibles tratamientos a estas patologías.

Objetivo: Dar a conocer los últimos conocimientos en este campo y relacionarlos con las teorías sobre el desarrollo y psicopatología así como los tratamientos empleados y su evidencia científica.

Desarrollo: Las clasificaciones diagnósticas habituales (DSM-IV y CIE10) presentan muchas dificultades para su aplicación en este rango de edad. Se dispone de los Research Diagnostic Criteria: Preschol Age y de los Diagnostic Criteria: 0-3R para el diagnóstico. Estos criterios adaptan los criterios DSM-IV a las diversas características del desarrollo pero fueron creados para estudios de investigación y no existen adaptaciones al castellano. Los tratamientos más recomendados se centran en los aspectos psicoterapéuticos basados en técnicas cognitivo conductuales con padres. Existen 17 estudios sobre la utilidad de psicofármacos en preescolares. Sólo existe parcial evidencia de la utilidad de los psicofármacos a esta edad y sólo para determinadas patologías.

Conclusión: El estudio de la salud mental en preescolares continúa creciendo. No disponemos aún de clasificaciones de las enfermedades psiquiátricas adecuadas a esta edad. La variabilidad en el desarrollo evolutivo y procesos de neurodesarrollo, la importancia de los factores externos (sociales, familia,...) y las dificultades de evaluación a estas edades hacen necesaria la realización de más estudios sobre la sintomatología, etiología, evolución y tratamiento.



82 ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA DEMANDA DE LOS AÑOS 2006- 2007 DE LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL EN LA USMI II DE CASTELLÓN

Gómez Corral MT, Real López M, Gómez Corral MT, Espinosa Mate M, Ballester Pérez C, Vicent Huguet M, Ferrer Castelo M, Sospedra Felip D.

Unidad de salud mental infantil Gran Vía (Castellón).

Introducción: Las unidades de Salud Mental Infanto Juveniles de Castellón tienen como labor asistencial el atender a la población en un segundo nivel. El primer nivel es la atención primaria, y el segundo nivel es la atención especializada donde está ubicada la Usmi II.

La población que se atiende en la USMI tiene un intervalo de edad de 0 a 14 años 11 meses.

La USMI-II está formada por una psiquiatra a tiempo parcial, tres psicólogas a tiempo completo, una trabajadora social a tiempo parcial, una enfermera y una auxiliar de enfermería; y se encuentra ubicada en el Centro Salud Gran Vía.

Las actividades realizadas durante los años 2006 - 2007 son las siguientes:

1. Asistencia sanitaria de los diversos pacientes que acuden a la USMI
2. Realización de Programas psicoeducativos para tratar diversas patologías de los pacientes.
3. Reunión con diversos recursos educativos, sanitarios y sociales del área.
4. Formación de MIR, PIR y EIR en salud mental infantil.

Objetivo: Describir las características de la población de estudio atendida en la USMI de Castellón durante los años 2006-2007

Método: Estudio descriptivo de la demanda de la población infantil a la USMI II en los años 2006 2007, en la que se describen las siguientes características: Edad, sexo, motivo de consulta, nacionalidad, motivo P-10, Etc. Se elabora un registro de recogida de datos y se recogen de las historias clínicas de esa población de estudio.

Resultados: Se obtienen las modas, frecuencias de cada una de las variables descritas en el estudio descriptivo, mediante la representación de gráficos.

Conclusiones: Conociendo los datos de la población atendida, podemos analizar mejor nuestra actividad asistencial y adecuar nuestros servicios a la realidad clínica existente así como proponer la creación de nuevos recursos que complementan los ya existentes.

PROGRAMA DE ENTRETENIMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES PARA EL SÍNDROME DE ASPERGER

Gómez Corral MT, Gómez Corral MT, Alonso Romero V, Espinosa Mate M, Ballester Pérez C, Real López M, Agüero Ramón-LLin C.

Unidad de salud mental infantil Gran Vía (Castellón).

Introducción: Se considera Síndrome de Asperger (Asperger Síndrome-AS) un desorden dominante que dentro del espectro del autismo. Se caracteriza por una falla sostenida en la interacción social y por el desarrollo de patrones repetitivos y restringidos de comportamiento, intereses y actividades. Respecto al autismo, esta condición no presenta retrasos obvios en el lenguaje o en el desarrollo cognitivo ni en las habilidades y autosuficiencia según la edad.

Muchas de las personas que sufren de Asperger desean desarrollar amistades e interactuar con sus semejantes, pero carecen de la habilidad para comprender y utilizar las reglas de comportamiento social. Tienen dificultad para utilizar y comprender gestos, juzgar la proximidad de otros y mantener contacto visual, todo lo cual puede impedir el desarrollo de relaciones interpersonales. El comportamiento social que exhibe la persona que sufre de AS tiende a ser ingenuo y peculiar y sus movimientos tienden a ser torpes. Debido a un interés marcado en uno o dos temas exclusivos, esta persona tiende a hablar sin tomar en consideración el interés o la atención del interlocutor. Aunque la persona con AS hace esfuerzos por interactuar socialmente con otros, su comportamiento peculiar deja a los demás sin saber como responder. Es por esto que a menudo este individuo es mal entendido y puede encontrarse aislado de otros. Teniendo en cuenta las características de este trastorno es muy conveniente crear un programa que entrene y mejore las habilidades sociales en estos niños.

Objetivo: Explicar el programa psicoeducativo de habilidades sociales en niños con Síndrome de Asperger.

Conclusiones: Se explica brevemente el programa psicoeducativo de habilidades sociales de seis sesiones cinco sesiones para los niños y una sesión para los padres donde se entrenan las habilidades sociales en niños con Síndrome de Asperger.



ANSIEDAD EN PADRES DE NIÑOS CON DESAJUSTES DEL PESO CORPORAL

Rodríguez Velasco FJ¹, Puerto Suárez de Mendoza R², Rodríguez Santos L².

¹Servicio Extremeño de Salud. Universidad de Extremadura;

²Universidad de Extremadura.

Objetivos: Analizar la ansiedad rasgo/estado de los padres de niños obesos, definiendo las diferencias existentes según las variables sociodemográficas e institucionales sometidas a estudio.

Material y Métodos: La muestra de estudio está compuesta por 543 sujetos, de los cuales tras la eliminación de datos espúreos, así como outliers ha quedado con un tamaño muestral de 510, de los cuales 255 eran hombres (50%) y 255 mujeres (50%), correspondientes al área de Atención Primaria de Salud de Badajoz. Se ha realizado un cuestionario compuesto por ítems relativos a características sociodemográficas, y ansiedad estado-rasgo de los padres (STAI-A/R de Spilberger), medidos todos ellos mediante una escala tipo Likert de 0 a 3 puntos. Se utilizará el análisis correlacional bivariado, mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Por otra parte, se procederá a realizar el análisis de varianza (AN.O.VA). Se determinará la fiabilidad de cada una de las dimensiones del cuestionario administrado mediante el coeficiente Alfa de Cronbach.

Resultados y Conclusiones: La ansiedad de padres y madres de niños obesos parece presentar efecto diferencial según las variables sociodemográficas sometidas a estudio. La ansiedad estado de los padres y madres presentan índices más altos en los niños con problemas de sueño (incluido los despertares nocturnos y pesadillas) y dolores abdominales. La ansiedad estado de las madres de los niños que necesitan ayuda para comer parece presentar también efecto diferencial, entre otros.

ESTADO NUTRICIONAL, COMPORTAMIENTOS Y ACTITUDES ALIMENTARIAS ANÓMALAS. PAPEL MEDIADOR DE LA INSATISFACCIÓN CORPORAL. ESTUDIO DE UNA MUESTRA ADOLESCENTE REPRESENTATIVA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Real López M¹, Rojo Moreno L².

¹Unidad de Salud Mental Infantil-2, Castellón; ²Unidad de Trastornos Alimentarios H. U. La Fe, Departamento de Medicina, Universidad de Valencia.

Introducción: Datos previos en niños y adolescentes corroboran la asociación entre insatisfacción corporal previa y conductas alimentarias anómalas restrictivas, uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Se ha intentado aclarar la relación existente entre la insatisfacción corporal (IC) y la realización de dieta, siendo el peso (como índice de masa corporal, IMC), propuesto como factor mediador, el factor más directamente relacionado con la aparición de IC.

Objetivo: Analizar las relaciones entre el estado nutricional y la IC, y entre ésta y la realización de dieta y presencia de hábitos alimentarios anómalos.

Material y Método: Encuesta escolar que recogía información sociodemográfica y de hábitos alimentarios, la versión infanto-junvenil del EAT (ChEAT), y tres subescalas del cuestionario EDI (IC, Impulso a la Delgadez e Ineficacia). Los alumnos fueron pesados y medidos.

Resultados: Participaron 486 escuelas y 43592 estudiantes (entre 12 y 17 años). Comparamos las puntuaciones obtenidas en cada uno de los distintos estados nutricionales por edad y género. Con una regresión múltiple valoramos las relaciones entre IC, anomalías alimentarias y el IMC.

Discusión: La IC aumenta con el IMC, al igual que en estudios previos. Conjuntamente, las mujeres presentan mayor IC pero se deben tener en cuenta las particularidades del ideal estético para cada género. Sólo la realización de dieta y conductas de restricción purga se correlacionan con el IMC de un modo significativo. En los distintos estados nutricionales se observan diferencias en las variables estudiadas.



84 COMPLEJIDAD CEREBRAL EN EL TDAH

Quintero Gutiérrez del Álamo J¹, Navas Tejedor M¹, Fernández A², Ortiz T².

¹Hospital Infanta Leonor; ²Universidad Complutense de Madrid (3)

Introducción. Son muchos los datos y estudios que han encontrado defectos de función cerebral en los pacientes con TDAH. En este sentido la mayoría de las investigaciones apuntan a que las deficiencias se localizan de manera específica en el Cortex Prefrontal. Algunos datos, también sugieren que el Parietal posterior puede estar afectado.

La Magnetoencefalografía (MEG) es una técnica de neuroimagen funcional, cuyas dos características fundamentales son la posibilidad de conseguir secuencia temporales y el bajo riesgo para la realización de la prueba, lo que situaría a esta técnica como de utilidad en estos trastornos.

Material y Métodos. El propósito de este trabajo es buscar las diferencias que en la MEG presentan los pacientes con TDAH, al compararla con controles sanos. Para lograr este fin se hizo un análisis de la complejidad de Lempel-Ziv. Se exploraron 14 casos entre 8 y 13 años, con primer diagnóstico de TDAH y sin tratamiento previo. Y se comparó con controles sanos.

Se presentan los datos preliminares del estudio piloto de la prueba.

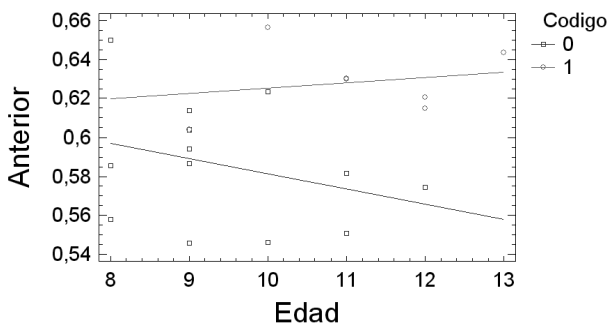
pruebas sobre la base etiopatogénica del TDAH como un trastorno del Neurodesarrollo.

Además de esta idea, se abren una serie de cuestiones como son las posibles implicaciones diagnósticas de la MEG, al llegar a objetivar una prueba que presenta una alta sensibilidad y especificidad, máxime a partir de los 10 años. Estos datos serán discutidos durante el congreso.

Bibliografía

- Castellanos FX. Anatomic magnetic resonance imaging studies of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Dialogues Clin Neuroscience* 2002;4:444-8.
- Maestú F, Fernández A, Simos PG, Gil-Gregorio P, Amo C, Rodríguez R y cols. Spatio-temporal patterns of brain magnetic activity during a memory task in Alzheimer's disease. *Neuroreport* 2001;12(18): 3917-22
- Quintero Gutiérrez del Álamo F J, Correas Lauffer J, Quintero Lumberras F J. Déficit de atención e hiperactividad a lo largo de la vida. Madrid 2006.

Gráfico del Modelo Ajustado



Resultados y Conclusiones. Los primeros análisis sugieren que los pacientes con TDAH (0) presentan una estadísticamente significativa menor complejidad cerebral que los controles No TDAH (1), lo que aportaría nuevas



INTERVENCIÓN DEL/A ENFERMERO/A ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL ANTE LA ANSIEDAD: EL CAMINO HACIA EL CAMBIO DE SEXO

Cubero Plazas L, Martínez Peleteiro L.

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Las personas transexuales son hombres o mujeres que han padecido la difícil experiencia de haber crecido y sido educados/as en un rol de género opuesto al suyo verdadero, con todas sus consecuencias y con gran confusión emocional. Lo que más necesitan es lograr una armonía estable física y psíquica, y fijarla reafirmando su identidad de género. Ya desde la adolescencia e incluso la niñez, el proceso transexualizador, desde que se descubren tal como son, y hasta llegar a conseguir el sexo sentido y deseado, junto con una experiencia de la vida real que ha de llevarse a cabo, genera consecuencias emocionales personales inmediatas y profundas, donde la ansiedad y el estrés de la situación merman su estabilidad mental.

Este es un estudio cuasi-experimental antes-después; valora los cambios en el nivel de afrontamiento y manejo de la ansiedad, empleando una valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon, la escala HRSA, y la escala SECHS. Pretende lograr un bienestar psicológico duradero, durante y después del proceso transexualizador, maximizar la adaptación psicológica y la posterior inserción social; proporcionará recursos psicológicos y sociales para afrontar el cambio de género, y tener armas para futuros afrontamientos de situaciones de ansiedad y estrés. Mejorará las habilidades sociales de estos pacientes, aumentará su autoestima y su integración social. Aprenderán técnicas de afrontamiento y manejo de la ansiedad durante los cambios en cada una de las etapas hasta llegar a la cirugía de reasignación de sexo, pasando por la experiencia en la vida real.

BIENESTAR EMOCIONAL DE LOS ADOLESCENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

Coscollá Iranzo A¹, Caro Gabalda F, Calvo Penádes I,
López Montesinos B¹.

¹Unidad Reumatología Pediátrica Hospital Infantil La Fe, Valencia; ²Universidad de Valencia.

Objetivos. Explorar el estado psicológico de los adolescentes con enfermedades reumáticas e investigar las diferencias entre chicos y chicas.

Material y métodos. Cuarenta adolescentes (31 chicas y 9 chicos) pacientes de la Unidad de Reumatología Pediátrica del Hospital Infantil La Fe de Valencia, con edades comprendidas entre los 13 y los 19 años, fueron evaluados empleando diversas medidas acerca de su estado psicológico.

La evaluación de los adolescentes se llevó a cabo a través de los siguientes cuestionarios: CDS. Escala de Depresión Infantil de Lang and Tisher, STAI y STAI-C Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo para niños de Spielberg, Cuestionario de 90 síntomas de Derogatis (SCL 90-R), y la Lista de Problemas Conductuales Infantiles de Achenbach (CBCL).

Resultados. Los resultados indican la existencia de algunos problemas en el funcionamiento psicosocial. Los resultados de las pruebas psicológicas indican que esto es así especialmente en el caso de las chicas. La muestra presenta más problemas relacionados con la ausencia de capacidad para experimentar alegría, diversión, y felicidad que problemas relacionados con la depresión. Los chicos, aunque en menor medida que las chicas, presentan también problemas de ajuste psicosocial. En su caso destaca la dimensión hostilidad.

Conclusiones. La adolescencia aparece como un momento especialmente complicado para los jóvenes que deben hacer frente a la restricción de actividades deportivas y de ocio, dificultades escolares, dolor, fatiga, sobreprotección paterna, cambios en su imagen corporal debidos a la medicación y la incomprensión al padecer una enfermedad socialmente desconocida. Las conclusiones de este trabajo nos permiten establecer las principales líneas del tratamiento psicológico.



86 ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE ADOLESCENTES CON FIBROMIALGIA

Coscollá Iranzo A², Caro Gabalda I¹, Calvo Penádes I², López Montesinos B².

¹Universidad de Valencia; ²Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Objetivos. Identificar los principales componentes de la terapia psicológica con adolescentes con un diagnóstico de fibromialgia.

Material y Método. Desde la Unidad de Reumatología Pediátrica del Hospital Infantil La Fe de Valencia hemos explorado la aplicación y la adaptación de las técnicas y procedimientos empleados en la terapia psicológica de pacientes adultos a los pacientes adolescentes.

Resultados. El protocolo de intervención psicológica con adolescentes con fibromialgia debería incluir los siguientes componentes (basado en Comeche, Diaz y Vallejo, 2005): 1) conocer las características de la enfermedad y los factores psicológicos vinculados a ella, 2) reestructuración cognitiva. Identificación de los pensamientos negativos sobre el dolor, la enfermedad y otros problemas de su vida; 3) identificar las situaciones que generan tensión muscular y utilizar la relajación; 4) identificar las principales emociones (ira, depresión y ansiedad) así como las situaciones en las que se manifiestan, 5) centrarse en las actividades abandonadas por culpa del dolor y recuperarlas gradualmente, recobrando así su estilo de vida habitual; 6) búsqueda de un actitud responsable de aceptación que fomente un equilibrio entre obligaciones, descanso y diversión; 7) aprender a controlar las emociones en distintas situaciones; 8) afrontamiento del insomnio y de la ansiedad ante los exámenes.

Conclusiones. Las conclusiones basadas en el tratamiento a lo largo de estos dos últimos años apuntan hacia la idoneidad de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de adolescentes con fibromialgia. Especial mención merece la mejoría en la calidad de vida de los pacientes, la adaptación de las técnicas a las características de la adolescencia y la importancia de la instrucción parental.

ANÁLISIS DEL PATRÓN DE CONSUMO DE TÓXICOS EN ADOLESCENTES Y SU COMORBILIDAD CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

Muñoz MJ¹, Fatjó-Vilas M², Miñano MJ¹, Selva FJ¹, Toledo E¹, Martín M¹, Navarro E¹.

¹Unidad de Crisis de Adolescentes. C.A.S.M. "Benito Menni" ; ²Facultad de Biología. Universidad de Barcelona.

Introducción: El abuso de sustancias es un comportamiento de riesgo que cada vez debuta a edades más tempranas (PNSD, 2002) y en adolescentes frecuentemente se presenta comórbidamente con trastornos psiquiátricos (Armstrong y Costello, 2002).

Objetivos: i) estudiar la prevalencia de consumo de sustancias en adolescentes ingresados por patología psiquiátrica, ii) analizar el patrón de consumo en relación al sexo y al diagnóstico.

Método: Se evaluaron un total de 143 pacientes (72H/71M, entre 12-17 años). A todos se les realizó un test de tóxicos al ingreso y una entrevista semiestructurada sobre el tipo e intensidad del consumo.

Resultados: El 30.8% no consumen tóxicos, el 68.5% consume tabaco y/o alcohol, el 34.3% consume además cannabis y el 20.3% consumen más tres sustancias. No se observaron diferencias entre sexos. Los grupos diagnósticos establecidos según DSM-IV-TR (39% trastorno de conducta, 20.6% de trastorno psicótico, 31.9% trastorno del estado de ánimo y 8.5% otros) presentaron frecuencias similares de consumo de tabaco y cannabis. Sin embargo, los pacientes con un trastorno de conducta presentan un mayor consumo de alcohol, cocaína y de otros tóxicos (heroína, sedantes y disolventes) ($p < 0.05$) y muestran más frecuentemente un perfil de policonsumo que los demás ($p = 0.01$).

Conclusiones: Se constata la asociación entre la presencia de psicopatología y un inicio más precoz de consumo de tóxicos. Asimismo, el trastorno de conducta parece estar asociado a un perfil de policonsumo, apoyando la idea de que las conductas de riesgo en la adolescencia tienden a covariar en su ocurrencia (Glantz, 1992; Kazdin, 1993).



PSICOSIS POSTICTAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Pedreira Massa JL³, Pascual M², Campos JA¹, Faya M³,
Martínez Cantarero C³, Graell Berna M³, Duat A³.

¹MIR Psiquiatría Hospital Psiquiátrico de Segovia; ²MIR Psiquiatría Hospital Universitario Virgen del Rocío; ³Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

Introducción: Los síntomas comportamentales asociados a las descargas epilépticas están muy descritos en la literatura científica, entre ellos se incluyen alucinaciones, estados confusionales, ansiedad, descontrol conductual y síntomas afectivos. En muchas ocasiones estos síntomas son muy difíciles de aislar de la propia epilepsia e incluso de calificar como síntomas acompañantes o secuelas de la misma (Machanda, 2003). Pero la psicosis postictal, muy descrita en la edad adulta, se caracteriza por la existencia de un intervalo lúcido tras la crisis epiléptica y tras la regulación medicamentosa de dicho proceso, tras dicho periodo aparecen síntomas de la serie psicótica. Cuadro muy descrito en la etapa adulta, en los últimos años han aparecido algunas publicaciones comunicando en total una treintena de casos en la etapa infanto-juvenil, a esta casuística nosotros podemos añadir estos casos que representarían casi el 10% del total publicado.

Material y métodos: Los casos han sido seleccionados de una prevalencia anual de los ingresos psiquiátricos acontecidos durante el año 2006 en la unidad de hospitalización psiquiátrica infantil del HNJS. Entre ellos hemos seleccionado aquellos casos compatibles con el diagnóstico de crisis psicótica y que había aparecido en un periodo comprendido entre 3-7 días tras la aparente yugulación de un periodo de crisis epilépticas. Para llegar a dicho diagnóstico se establecía por la clínica psicótica y la realización de un video-EEG.

Resultados y comentarios: En todos los casos que presentamos la forma prioritaria de presentación fue una clínica comportamental desorganizada y con agitación, acompañada de síntomas deliriosos y alucinatorios, así como conductas reiterativas y bizarras y otras alteraciones sensorio-perceptivas. Durante el ingreso se introdujeron neurolepticos atípicos que hubo que compaginar de forma equilibrada con el tratamiento antiepiléptico, de tal suerte que se yugularan tanto la clínica psicótica como la actividad epileptógena.

Conclusiones: En la etapa infanto-juvenil el diagnóstico de psicosis postictal está iniciando a aportarse, al

menos en la bibliografía científica. El criterio dominante es un proceso epiléptico que cuando tiene yugulado el proceso clínico y la actividad bioeléctrica aparece más normalizada, tras un periodo libre comprendido entre 3-7 días, se inicia una clínica de la serie psicótica y en el video-EEG aparece una actividad definida como espiga y cuya localización fundamental es en hemisferio temporal o tèmpero-parietal. El tratamiento suele combinado de antiepilépticos y neurolepticos. Apotamos estos casos que suponen casi el 10% del total comunicado en la literatura científica internacional.



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

Pedreira Massa JL¹, Ochoa,R², Ribé JM¹, Gutiérrez S³, Faya MM³, Martínez Cantarero C³, Graell Berna M³.

¹Hospital Nuestra Señora de Sonsoles; ²Instituto Nacional de Pediatría;³Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

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

Material y métodos: Los casos han sido seleccionados de una prevalencia anual de los ingresos psiquiátricos acontecidos durante el año 2006 en la unidad de hospitalización psiquiátrica infantil del HNJS. Entre ellos hemos seleccionado aquellos casos que ingresaban por un primer brote psicótico y que habían consumido sustancias de abuso durante, al menos, tres años de anterioridad. Para llegar a dicho diagnóstico se establecía por la clínica psicótica, la historia clínica y la determinación de tóxicos por parte del laboratorio del HNJS.

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

Conclusiones: El incremento del uso de sustancias de abuso en la etapa infanto-juvenil es un problema epidemiológico, sobre todo por la tolerancia social y la baja percepción del riesgo de uso en la población diana. Pareja a esta situación estamos comprobando un incremento de primeras crisis psicóticas en consumidores que iniciaron precozmente el uso de las sustancias (sobre los 11 años). Nos alejamos de la opinión de que este cuadro sea meramente el concebido como psicosis tóxicas, sino que

creemos más bien que, por nuestros datos clínicos, el consumo de sustancias es un desencadenante de una vulnerabilidad previa en estos sujetos. La sustancia más consumida resulta ser el cannabis. La intervención terapéutica debe ser prolongada y se utilizarán dispositivos intermedios tras la hospitalización.



ENFERMERÍA EN LA INTERACCIÓN BIOPSI-COSOCIAL

González Somalo R¹, Nóvoa Pérez J².

¹E.U.E. Universidad de La Rioja; ²E.U.E. Universidad de Valencia.

Introducción. El concepto de salud mental abarca un conjunto de aspectos que van más allá de la ausencia de enfermedad mental; estar mentalmente sano significa mantener un equilibrio adecuado entre necesidades y grado de satisfacción de las mismas, que además depende de cómo nos sentimos con nosotros mismos, en nuestras relaciones con los demás y cómo respondemos a esas exigencias que se nos plantean.

Objetivos. Dotar a los niños de habilidades y cobertura necesarias para afrontar sus exigencias de salud biopsicosocial.

Si el entorno afectivo inmediato del niño no sabe o no puede proporcionárselas, proponer que los profesionales de la salud asuman como objetivo una actuación integral sobre el pequeño universo que rodea al niño y los satélites que ejercen su influencia sobre él.

Desarrollo. Esta actuación multidisciplinar abarcará un amplio abanico de factores etiológicos para conformar un anillo de actuaciones vertebradas alrededor del niño y que estén presentes en los escenarios en los que éste se desenvuelve.

Esta unidad de acción pretende una mayor autonomía del niño, mejora del ambiente familiar, descenso del fracaso escolar y menor demanda de consultas de salud mental; y exige la participación de profesionales que ofrezcan conexión y continuidad a todas las intervenciones.

Conclusiones. El profesional enfermero añade a su vocación de promoción y prevención de la salud una presencia versátil y cercana en diversos escenarios y un enfoque integral de la salud y del individuo, que pueden ser aprovechados para generar la interacción y cohesión de las intervenciones terapéuticas a realizar.

RESULTADOS DEL ABORDAJE TERAPEUTICO GRUPAL A HIJOS DE MUJERES MALTRATADAS

Martínez O, Raich L, Quiles I, Casas M.

Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona

Introducción. Presenciar situaciones violentas entre adultos de forma intermitente tanto directa como indirectamente, sin explicaciones de lo ocurrido y la falta de control sobre la situación, hace que los niños tiendan a presentar ciertas alteraciones cognitivas, emocionales, conductuales. Los hijos/as también sufren los malos tratos. Una intervención terapéutica adecuada y un buen apoyo familiar y social, son fundamentales para el sano desarrollo de los menores, evitando así que el antecedente inmediato de maltrato, afecte en la vida adulta llegando a transmitirse a sucesivas generaciones.

Objetivos del estudio.

- Describir el perfil clínico de niños víctimas de violencia doméstica y disminuir la sintomatología observada.

- Expresión gradual de situaciones que conlleven emociones intensas desde un lenguaje digital a un lenguaje analógico; resolución de situaciones o conflictos a nivel individual y grupal.

- Romper el ciclo de repetición de los patrones de víctima/maltratador en la siguiente generación.

Procedimiento. Muestra: 6 niños: un niño y 5 niñas. Edades: 9 a 11 años.

La muestra se seleccionó mediante entrevistas clínicas a las madres y siguiendo el programa de actuación del Hospital en Violencia de Género.

Encuadre: Se llevó a cabo en septiembre '06 - junio del 07' en el Servicio de psiquiatría, en la Clínica Infantil del Hospital Vall d'Hebrón de Barcelona. Las sesiones eran quincenales con una duración de 1h y media. Se realizó durante 11 meses, con 2 psicoterapeutas. Paralelamente se realizaba otro grupo terapéutico con las madres.

Evaluación y material utilizado: STAI/IC, CEDI-I y CEDI- II, Test de percepción de las diferencias (caras), puntos a contar de rey, Conners, Edelbrock, ADHD rating scale, Cuestionario CBCL de Achenbach, TAMAI, Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965), Cuestionario de Autoconcepto (CAG), Escala de gravedad del Trastorno de Estrés Posttraumático (Echeburúa y cols., 1997) (Adaptado a muestra infantil), Escala pediátrica de estrés emocional PEDS, Escala de Inadaptación (Echeburúa,



90 Corral y Fernandez-Montalvo, 2000), Test Conducta - Objetivo.

Resultados: comparación de los tests y los retests

- STAIC: Bajada de la ansiedad rasgo. Bajada ligera la ansiedad estado.

- CEDI: El sentimiento de fracaso ha desaparecido. Aumento del déficit operativo en el área escolar.

- TDAH: Persisten los signos de disatención en unos y de hiperactividad en otros, no observándose el cuadro entero. Atribuibles a manifestaciones comportamentales de ansiedad y depresión.

- CBC: Se mantiene las manifestaciones de retraimiento social y conducta internalizante (inhibición).

- TAMAI: Aumento de la conciencia de haber padecido maltrato paterno. Percepción de las diferencias educativas entre el padre y la madre. Sentimientos de insatisfacción familiar. Y, al tiempo, se consideran ajustados al ambiente familiar.

- La autoestima continua positiva.

- TEPT de Echeburúa: no presentan sintomatología significativa.

- PEDS (medición del TEPT infantil): bajada de la sintomatología de estrés postraumático. Menos en uno de los casos, que se encuentra en peor situación por tener contacto con el enfermo mental.

Conclusiones:

- Los temas que hacen referencia directa al maltrato psicológico sobre ellos, como integrantes de su familia, no han sido explicitados verbalmente ni por escrito. Bloqueándose.

- Sí han podido reconocerse y explicitarse las situaciones de tensión familiar y han asociado a ello la pérdida del padre.

- Mejor percepción de la distocia familiar y de la disintonía de los padres con el consiguiente caos educativo.

- Ha habido una mejora del estado emocional de sus integrantes: bajada de la ansiedad y de la depresión. Adaptación equilibrada a la situación conflictiva.

EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO GRUPAL DE PACIENTES ADOLESCENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Gimillo Asensio J, Blanco Vicario F, Morande Lambin G, Olmedo J, Moratalla, M.

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

Introducción: El presente trabajo muestra los aspectos terapéuticos más importantes del tratamiento de adolescentes mujeres con trastorno límite de personalidad. Durante 2 años y en el marco institucional del Hospital del Niño Jesús de Madrid y que se desarrolla de forma ambulatoria la asistencia de severos trastornos emocionales.

Objetivos: 1.- mostrar un modelo asistencial que las patologías graves de la personalidad, un trabajo a través del espacio grupal (hospitalización, grupo con padres, grupo de pacientes de orientación psicodinámica, grupo psicoeducativo). 2.- análisis de las características más importantes del funcionamiento psíquico de estos pacientes, en los que predomina los mecanismos de control omnipotente, defensa ante lo depresivo y mediante la acción, utilización de la escisión y de la proyección masiva, uso de mecanismos de defensa muy primitivos como son la negación y la identificación proyectiva; hacia una evolución de funcionamiento psíquico más adulto e integrado. 3.- desarrolla las modificaciones técnicas grupales más importantes para trabajar con patologías narcisistas desde la orientación de W.R-BION.

Desarrollo: a través del análisis del tratamiento de 15 pacientes mediante este dispositivo asistencial se evidencia las modificaciones conseguidas tanto a nivel individual como a través de los aspectos relacionales en el grupo; así como los aspectos clínicos y de la técnica psicoterapéutica que se evidencian en la patología límite de personalidad.

Conclusiones: 1.- necesidad de un funcionamiento asistencial amplio que generalmente precisa de la hospitalización a lo largo del tratamiento; 2.- el beneficio de la utilización de técnicas interpretativas de la psicoterapia psicodinámica de la patología narcisista (O. Kernberg, W.R.Bion etc.) 3.- el importante trabajo de mentalización y de técnicas que conduzcan a ello. 4.- la necesaria integración en el tratamiento de otros espacios de orientaciones terapéuticas no propias de la psicoterapia profunda, 4.- Evidenciar las dificultades que a lo largo del tratamiento se producen y en especial las relativas al equipo terapéutico.



TEMAS DE INTERÉS DE LAS FIGURAS MATER- NAS ACERCA DE LOS TRASTORNOS MENTA- LES EN LA PRIMERA INFANCIA

Pedreira Massa JL², Gutiérrez S², Suárez R¹, Faya M².

¹Hospital Central de la Defensa; ²Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

Introducción: El trabajo grupal con las figuras maternas en los trastornos de la primera infancia nos acerca de forma fundamental a la calidad de las interacciones madre-bebé. Esa calidad se consigue en la exteriorización y verbalización acerca de los puntos de interés que tienen las familias acerca de su hijo, pero también del porvenir de su hijo en concreto. La técnica que empleamos en nuestro abordaje grupal creemos que ha facilitado en gran medida la verbalización de estos puntos de interés y permite que el trabajo grupal adquiera una dimensión preventiva de gran relevancia.

Material y métodos: El grupo de figuras maternas proviene de las madres de los niños que acuden al Hospital de Día de primera infancia (3-6 años). La periodicidad del grupo es semanal, con una duración de 1h 30min. Se constituye como grupo abierto y la técnica empleada es mixta: psicoeducación (similar a la descrita por Faloon) y de grupo operativo (Pichon Rivière y Bauleo). La primera sesión se realiza con la técnica de “tormenta de ideas” para seleccionar los temas de interés en el aquí y ahora grupal, en dicha sesión se ordenan los temas y se prioriza la secuencia de abordar los temas, dichos temas son expuestos al grupo por la madre que ha sugerido el tema en la fase de tormenta de ideas.

Resultado y discusión: La continuidad está asegurada, pues su asistencia es total a prácticamente todas las sesiones, existiendo casi ninguna ausencia en cada una de las sesiones y ningún abandono. No es extraño que tras ser dado de alta el niño del Hospital de Día la figura materna solicite continuar asistiendo al grupo de madres, de forma habitual se acepta su permanencia en el grupo. Su grado de participación resulta elevado y su preparación del tema es variado, transmitiendo con facilidad su comprensión del problema y la ansiedad que les genera. Temas como el porvenir/pronóstico, la actitud de los demás niños y mayores ante el problema de su hijo, la posibilidad de comunicarse con sus hijos y la capacidad de comprensión de éstos, la salida al “parque” adquieren un máximo de relevancia, junto con todos y cada uno de los síntomas de su proceso. Conclusiones: Abordar estos problemas con esta técnica permite tratar los temas relevan-

tes de importancia para cada agrupamiento que se realiza y, por lo tanto, adquieren una dimensión preventiva de gran relevancia. Es desde esta dimensión preventiva que se puede abordar, con posterioridad, la forma concreta de intervenir en cada caso en concreto.



92 SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN EN LONDRES

Octavio del Valle I, Taylor E.

King's College at Maudsley. Institute of Psychiatry

Introducción. El número de problemas de Salud mental en niños y adolescentes está en ascenso. Los servicios de hospitalización de Salud Mental infantil en Londres atienden a menudo creciente. Los servicios de Salud Mental para niños y adolescentes en el área de Londres están centrados en la atención comunitaria. Existen unidades de hospitalización según la edad de desarrollo y condición de salud mental presente.

Objetivo. El objetivo de este trabajo es dar a conocer la red de unidades de hospitalización para niños y adolescentes en el Área de Londres.

Desarrollo. Los problemas de la población infantil y adolescente son a menudo altamente complejos, implicando enfermedades de salud mental y con frecuencia, serios problemas sociales, familiares y trastornos cerebrales. Problemas como depresión, psicosis, trastornos de alimentación son a intensos y persistentes, requiriendo en ocasiones la necesidad de servicios de hospitalización para este sector de la población.

Las unidades de hospitalización en Londres están organizadas en función de la edad del niño o adolescente y problemas presentes. En ellas, es atendida la población de Londres y de aquellas áreas del resto del país que carecen de servicios especializados.

Las Áreas de Atención Primaria (Primary Care Trust) del Sistema Nacional de Salud proveen los medios económicos y gestión para el desarrollo de servicios especializados, en este caso de Salud Mental, en función de las necesidades de la población que atiende.

Conclusiones. Esta población requiere la existencia de unidades de ingreso especializadas y bien organizadas para las necesidades según la edad de desarrollo y trastornos de salud mental según menciona la ley de asistencia al menor vigente en el país.

NIÑOS Y ADOLESCENTES EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE LONDRES

Octavio del Valle I¹, Taylor E², Banton R¹.

¹London Specialised Commissioning Group; ²King's College at Maudsley. Institute of Psychiatry.

Introducción. Las unidades de hospitalización infantil en Londres atienden a la población de Londres y algunas de ellas son también de referencia nacional. La gestión de las camas la realiza cada Área de Atención Primaria. La fragmentación progresiva de estas áreas hasta las 31 actuales, junto con otras circunstancias, han hecho que la provisión y gestión de servicios adecuados de hospitalización en Londres para niños y adolescentes con problemas de salud mental sea de gran complejidad. En este contexto y en el de cambios en la ley de atención al menor el Departamento de Salud del Sistema Nacional de Salud (NHS) realiza un estudio sobre los ingresos en Londres en el periodo de tiempo de 2004-2008.

Objetivo. En este trabajo se presentarán datos clínicos de las hospitalizaciones en niños y adolescentes realizadas en unidades de hospitalización del NHS y privadas, durante 2004-2008.

Material y Método. Estudio descriptivo transversal en las unidades de agudos del NHS y privadas en Londres durante 2004-2008. Se presentarán datos clínicos sobre las características de estos ingresos.

Resultados. Se ha llevado a cabo el análisis estadístico de la muestra de pacientes recogida.

Datos sobre las características clínicas de los pacientes atendidos en las unidades de agudos de Londres durante 2004-08, dada las normas vigentes de uso y manejo de datos de proyectos en proceso de realización del Departamento de Salud, y las también referidas a datos confidenciales y que involucran a pacientes.



CRISIS CONVERSIVAS EN LA HOSPITALIZACIÓN PAIDOPSIQUIÁTRICA

Campos JA¹, Pedreira Massa JL², Pascual M¹, Pedreira Massa JL², Pascual M³, Gutiérrez S⁴, Faya MM⁴, Martínez Cantarero C⁴, Graell Berna M⁴.

¹Hospital General de Segovia; ²Hospital Infantil UNiversitario Niño Jesús; ³Hospital Universitario Virgen del Rocío; ⁴Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

Introducción: En los últimos meses hemos venido observando un repunte de la clínica conversiva en niños y adolescentes, teniendo en cuenta los ingresos que se han producido en la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Niño Jesús de Madrid.

Material y Método: Del total de caso que cumple criterios de clínica conversiva y que han ingresado en la UHB del Hospital Niño Jesús de Madrid, se analiza la historia, recogiendo diferentes variables tales como género, edad, número de orden en la fratría, forma de presentación, características clínicas, pruebas complementarias realizadas...

Resultados y Conclusión: La mayoría de las formas de presentación fueron como clínica neurológica. Habían tenido varios diagnósticos clónicos previo a su ingreso definitivo en la UHB. La gran mayoría fueron dados de alta sin ningún tratamiento farmacológico especial, remitiéndose para tratamiento psicoterapéutico a su Centro de Salud Mental correspondiente. Nos parece una buena oportunidad para volver a revisar y analizar los trastornos conversivos (¿Histeria?) de forma más detenida y profunda en niños y adolescentes.

IMPACTO PSICOLOGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN LOS NIÑOS Y EN SUS PROGENITORES.

Cortijo M*, Ochando G**, Pereda A*, Loño J**

Hospital Universitario Infantil la Fe, Valencia. *Servicio de Gastroenterología Infantil. ** Servicio Paidopsiquiatría.

Introducción: Diversas investigaciones están aportando evidencia de la importancia de los factores psicológicos (acontecimientos vitales estresantes, trastornos psiquiátricos y factores de personalidad) en el transcurso de las enfermedades inflamatorias intestinales. Pero, ¿podemos asociar la aparición de factores estresantes con la actividad de la enfermedad?, ¿están la ansiedad y la depresión presentes a lo largo de todo el curso de la enfermedad?, ¿existe algún tipo de personalidad que nos predispone al desarrollo de la enfermedad inflamatoria intestinal?

Objetivos: Realizar un estudio descriptivo de los factores de personalidad de los pacientes pediátricos con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y sus progenitores, valorando tanto los rasgos de personalidad como las variables psicopatológicas ansiedad y depresión en el proceso de la enfermedad.

Material y métodos: Incluimos 15 pacientes pediátricos de la unidad de Gastroenterología de nuestro hospital, con EII. 8 niños con media de edad de 11,00 años (rango 5-17) y 7 niñas con media de edad de 13,29 años (rango 7-17). Criterios de inclusión: Diagnóstico de una EII, y menor de 18 años. Criterios de exclusión: Negativa a colaborar en la elaboración de cuestionarios, ó en remisión completa de enfermedad. Dos grupos: a) 9 pacientes con Colitis Ulcerosa (CU) y b) 6 pacientes con Enfermedad de Crohn (EC). Instrumentos de evaluación: entrevista estructurada y los cuestionarios: a) Niños: CDI, STAIC, TAMAI, y EPQ-J y b) Progenitores: HAD, BECK, y CAQ.

Resultados: El 16,67% presentaron depresión, y el 33,33% ansiedad. Un 50% de los padres referían síntomas depresivos y el 40% ansiedad. Factores de personalidad, en los niños: el 16,7% puntuaron en la escala de neuroticismo o emotividad, el 41,7% puntuaron en introversión, el 33,3% puntuaron en el factor dureza, y el 50% puntuaron en la escala sinceridad. Progenitores: el 75,00% puntuaron en hipocondriasis, el 66,67% en depresión suicida, el 50,00% en depresión ansiosa y el 83,33% en depresión baja de energía. El 66,67% puntuaron en culpabilidad-resentimiento y el 75,00% en apatía-retirada.



- 94** La escala paranoia, puntuaron en un 50,00 %, el 58,33 % en esquizofrenia y en desajuste psicológico el 66,67%.

Conclusiones: Los progenitores presentaron puntuaciones elevadas en ansiedad y depresión, con rasgos de personalidad elevados en hipocondriasis, conductas depresivas, y de apatía impidiendo un ajuste psicológico positivo al proceso de enfermedad del hijo/a. Los pacientes puntúan alto en neuroticismo e introversión, coincidiendo con la literatura existente. Existe una ineludible necesidad de que estos pacientes reciban desde el diagnóstico apoyo psiquiátrico, imprescindible para el mejor ajuste a la enfermedad, y mejora de su calidad de vida. Esta necesidad se amplía a sus progenitores, debido a la comorbilidad que presentan.

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS MENORES

Mestre V, Samper P, Tur AM, Cortés MT, Molina B, Orero A.

Dpto. Psicología Básica. F. Psicología. Universitat de València.

Resumen

La investigación sobre las consecuencias psicológicas de la violencia de género muestra resultados concluyentes sobre los efectos que tiene en la mujer y también en los menores que la viven como observadores, o en muchos casos son maltratados junto a sus madres. En el estudio que aquí presentamos se ha evaluado a un total de 121 menores (hijos/as acogidos/as con las madres en Centros de Servicios Sociales Especializados). Los menores han sido evaluados según su edad cronológica a través de la observación, la información de las madres y/o cuestionarios de autoinforme dirigidos a registrar el nivel de desarrollo madurativo del menor, así como su estado psicológico y el impacto de convivir con la conflictividad familiar y la violencia. Los resultados de la evaluación realizada a los/las menores acogidos/as en los Centros con sus madres, que han compartido los malos tratos hacia la madre o han sido observadores de la violencia hacia ella en el ámbito familiar muestran que presentan en porcentajes elevados problemas en su autoconcepto, sintomatología depresiva, inestabilidad emocional, expresiones de ira como respuesta ante los conflictos y dificultades de autocontrol. Los más pequeños muestran retraso en su desarrollo madurativo especialmente en el área adaptativa que evalúa los recursos de que dispone el menor para adaptarse a las situaciones nuevas en la vida cotidiana. Los resultados obtenidos ponen de relieve la necesidad de ofrecer una atención psicológica a las madres y a sus hijos/as víctimas de violencia.

Investigación realizada a través de un Convenio entre la Fundación Tolerancia Cero (Conselleria de Benestar Social) y la Universitat de València.



UNIDAD DEL NIÑO INTERNACIONAL. ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO ADOPTADO Y/O INMIGRANTE: UN RETO A NUESTRO ALCANCE.

Ochando G¹, Peris S¹, Millán MC², Otero C³, Nuño A⁴, Monteagudo E⁵, Santos M⁶, Llinares L⁷, Aracil A⁸, Forment C⁸, Magna M⁸, Tarazona MC⁸, de Loño J¹.

1 Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital Infantil La Fe. Valencia. 2 Pediatría E.A.P. CS Alacuás. 3 Unidad Enfermedades Infecciosas. Hospital Infantil La Fe. Valencia. 4 Unidad de Urgencias. Hospital Infantil La Fe. Valencia. 5 Coordinador Atención Primaria-Hospital Infantil La Fe. Valencia. 6 Unidad Microbiología. Hospital La Fe. Valencia. 7 Departamento de Psicología Social. Universidad de Valencia. 8 Servicio Postadopción. Consellería de Bienestar Social. Valencia.

Se han descrito como efectos adversos raros en pacientes tratados con valproato: encefalopatía, hepatotoxicidad, supresión medular.

Objetivos: Se pretende describir en pacientes tratados con valproato e hiperamoniemia, la sintomatología confusional para realizar diagnóstico diferencial, definir el control y manejo de la misma.

Método: Se realiza una descripción psicopatológica y clínica de dos casos en tratamiento con valproato que presentaron clínica de encefalopatía aguda con hiperamoniemia en nuestra unidad.

Resultados: Varón de 12 años que ingresa por clínica afectiva orientándose de trastorno bipolar inespecífico. Se introduce quetiapina hasta 800mg/día y valproato como eutimizante hasta 1200mg/día. El paciente inicia somnolencia, disminución atencional, inhibición psicomotriz, astenia, apatía, temblor distal, molestias abdominales llegando a presentar estado confusional. Se realizó analítica obteniendo valores de amonio de 111 uMol/l (9-33), orientándose de encefalopatía hiperamoniémica. Se retiró valproato con remisión paulatina de la sintomatología y normalización de los niveles de amonio. Se realizó estudio de aminoácidos y de enzimas para estudio del ciclo de la urea. El segundo caso, es mujer de 17 años que ingresa por episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos. En tratamiento con olanzapina 20 mg/día y clomipramina 150mg/día, durante el ingreso se diagnostica epilepsia mioclónica juvenil iniciando valproato hasta 600mg/día, se objetiva disminución atencional, enlentecimiento psicomotor y temblor distal. Amonio de 89 uMol/L, se sustituye tratamiento por carbamazepina.

Conclusiones: Proponemos control sistemático de niveles de amonio si inicio tratamiento/aumento dosis y monitorizar clínica encefalopática para identificar encefalopatías hiperamoniémicas como efecto adverso.

Introducción: La población infantil española ha crecido en los últimos años gracias al fenómeno de la inmigración y de la adopción. La Comunidad Valenciana se ha perfilado como una zona destacada de recepción de este grupo de población. Junto a los problemas sanitarios se plantean retos psicosociales que provienen de la diversidad cultural y socioeconómica. La infancia resulta relevante ya que si se obtienen los cuidados que precisan (epidemiológicos, infecciosos, oportunidades de crecimiento psico-social y desarrollo adecuado) pasan de ser “población de riesgo” a “población normalizada”.

Objetivos: El objetivo de la Unidad del Niño Internacional es aunar las intervenciones realizadas sobre estos niños en una unidad integrada en la estructura orgánica de nuestro hospital y funcionalmente jerarquizada en el Servicio de Pediatría.

Desarrollo: La intervención será primordialmente sanitaria y abordará las instancias relevantes para el menor que le permitan una adecuada inserción en el sistema médico, social y educativo. Estará constituida por tres servicios: el servicio médico y psiquiátrico, el servicio de apoyo a la familia adoptiva y el servicio psicopedagógico.

Conclusiones: Nos encontramos actualmente con un reto sanitario, psicopedagógico y social que es necesario resolver de forma unificada: un enfoque multidisciplinar es la clave del éxito y los equipos interdisciplinarios su instrumento.



96 TRASTORNOS ADAPTATIVOS EN POBLACION INFANTIL INMIGRANTE. UNA PATOLOGÍA EMERGENTE EN UN NUEVA POBLACION

Millán M, Ochando G, Peris S, Loño J.

Unidad de Salud Mental Infantil. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Introducción. El flujo progresivo de población inmigrante a nuestro país ha desencadenado una emergente prevalencia de psicopatología ante dificultades de adaptación familiar, social y escolar, que obliga a elaborar protocolos de prevención y detección.

Objetivos. Establecer un protocolo de detección precoz y tratamiento de Trastornos Adaptativos y psicopatología derivada en población infantil inmigrante, implicando a pediatras de atención primaria y profesionales de la educación en centros escolares.

Estimación de la prevalencia actual de Trastornos Adaptativos en dicha población y evaluación de la eficacia y dificultades del protocolo diseñado.

Detección de factores de protección y de riesgo para generar actividades preventivas.

Metodología. El ámbito de aplicación comprenderá todos aquellos centros escolares y ambulatorios pertenecientes al área de salud de influencia de nuestro centro hospitalario.

Plan de trabajo

1ª FASE: elaboración y divulgación de un protocolo de detección y derivación de Trastornos de Adaptación y psicopatología derivada a nivel escolar y a nivel de pediatría ambulatoria. Establecer redes de comunicación entre tutores, pediatras de atención primaria y la Unidad Hospitalaria de Salud Mental Infantil.

2º FASE: confirmación diagnóstica y actividades terapéuticas y de seguimiento sobre la muestra poblacional derivada.

3ª FASE: estimación de prevalencias y evaluación de deficiencias en el protocolo aplicado mediante reuniones con representantes de los distintos niveles de actuación

4º FASE: divulgación de resultados, promoción de actividades preventivas a nivel escolar y sanitario.

¿ES VÁLIDA LA ESCALA EDAH EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN LAS AULAS?

Ochando G, Peris S, Millán MC, de Loño J.

Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Introducción: Las Escalas EDAH (Escala Déficit de Atención e Hiperactividad) pueden utilizarse en una primera fase del diagnóstico como screening o, en una fase más avanzada para valoración y seguimiento de los efectos terapéuticos. Se trata de un instrumento de gran sencillez tanto por el tipo de material utilizado como por la facilidad de corrección y puntuación.

Objetivo: El objetivo principal de nuestro estudio fue determinar si a través del cuestionario EDAH para profesores podemos realizar una detección temprana del TDAH, concretando si la proporción de casos con riesgo de TDAH en el EDAH coincide en su mayor parte con los casos confirmados posteriormente en la consulta.

Material y Método: El tamaño muestral (N) fue 2232 niños (7 y 14 años) de 8 colegios de nuestra área de salud. La recogida de datos se realizó en una primera fase en los centros escolares, mediante la realización de Cuestionarios EDAH para Profesores. Posteriormente se evaluaron los casos con riesgo moderado o elevado de TDAH en la consulta mediante Historia Clínica detallada, Cuestionarios EDAH para Padres y valoración de Criterios Diagnósticos DSM-IV.

Resultados: Obtuvimos riesgo moderado o elevado de TDAH en el cuestionario EDAH realizados por profesores en 9,3% (208 niños). De ellos acudieron a la consulta 85 para confirmación diagnóstica. Se diagnosticó TDAH en 73% (62 pacientes), descartándose en 27% (23 pacientes). La media del EDAH profesores entre los que confirmamos el diagnóstico fue 40.35, y entre los que no fue 36.13. Comparamos ambas variables con la Prueba T, encontrando una diferencia significativa (p - valor = 0.007). Los alumnos diagnosticados obtuvieron mayor puntuación en el EDAH profesores que en los que no se confirmó el diagnóstico.

Discusión: Elegimos esta prueba ya que para el profesor supone poco esfuerzo, los ítems son pocos y de fácil comprensión siendo la inversión de tiempo mínima. El evaluador hace una rápida valoración cuantitativa, la subclasificación en los diferentes subtipos clínicos permite dar orientaciones en base a una evaluación cualitativa y



posibilita establecer los límites entre TDAH y trastorno de conducta.

Conclusiones: La realización de escalas de evaluación son importantes para confirmar la sintomatología en varios ambientes y aportan información cuantitativa (grado de afectación) y cualitativa (subtipo clínico). Los resultados obtenidos ponen de manifiesto el papel de maestros y equipos psicopedagógicos en centros escolares para detectar niños y niñas con TDAH. Nadie como ellos se encuentra en mejor condición para evaluar al niño al poder observarlo en una situación de exigencia continuada de atención realizando tareas académicas y en comparación constante con otros niños de su edad. Por lo tanto, es fundamental sensibilizarlos respecto a los indicadores de riesgo que puede manifestar su alumnado para que se inicie el estudio diagnóstico del TDAH.

DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD: PREVALENCIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA.

Ochando G, Peris S, Millán MC, de Loño J.

Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Introducción: El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un trastorno complejo que se caracteriza por producir gran impacto en la infancia y en la edad adulta en áreas cognitiva, emocional y social y en las familias de estos niños.

Objetivo: El objetivo principal de nuestro estudio fue determinar la prevalencia actual de TDAH en la Comunidad Valenciana.

Material y Método: El tamaño muestral (N) fue 2232 niños entre 7 y 14 años, de 8 colegios de nuestra área de salud. La recogida de datos se realizó en una primera fase en los centros escolares, mediante la realización de Cuestionarios EDAH (Evaluación Déficit de Atención e Hiperactividad) para Profesores. Posteriormente se evaluaron los casos con riesgo moderado o elevado de TDAH en la consulta de Salud Mental Infantil mediante Historia Clínica detallada, Cuestionarios EDAH para Padres y valoración de Criterios Diagnósticos DSM-IV.

Resultados: En relación a la Prevalencia del TDAH en nuestra población afirmamos, con un nivel de confianza del 95% (0.021, 0.035), que la estimación conservadora se encuentra entre el 2.1% y el 3.5%.

Discusión: El diagnóstico del TDAH es un proceso controvertido, que puede condicionarse por el sistema de clasificación diagnóstica, el instrumento de medida, la población elegida y la fuente de información. Esta disparidad de factores se pone de manifiesto en los estudios epidemiológicos, donde los índices de prevalencia varían entre el 1% y el 30%, aunque la mayoría de los estudios la sitúan entre un 3 y un 7%.

Conclusiones: La Prevalencia del TDAH en nuestra población está entre el 2.1% y el 3.5%. En nuestra muestra encontramos diagnosticados con anterioridad al inicio del estudio un 1,1% del total por lo que podemos presuponer que dicho trastorno se encontraba infradiagnosticado en nuestra muestra poblacional.



**98 TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN
CON HIPERACTIVIDAD: ¿EXISTE EL SUBTIPO
HIPERACTIVO-IMPULSIVO?**

Ochando G, Peris S, Millán MC, de Loño J.

Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital Universitario La Fe.
Valencia.

Introducción: Según la clasificación del Manual DSM-IV se define el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) como una alteración del desarrollo de inicio en la infancia; aunque no todos los portadores del trastorno muestran homogeneidad sintomática. Es posible encontrar niños con afectación específica de la atención sin o con muy poco compromiso de los otros síntomas nucleares (impulsividad e hiperactividad). Según predominen los síntomas de hiperactividad-impulsividad, de desatención o ambos, puede diagnosticarse de TDAH con predominio inatento, TDAH con predominio hiperactivo-impulsivo y TDAH combinado.

Material y Método: Para la realización de nuestro estudio descriptivo evaluamos los subtipos diagnósticos encontrados en 62 pacientes con edades comprendidas entre 7 y 14 años con diagnóstico de TDAH.

Resultados: En cuanto a los subtipos TDAH encontramos que de los pacientes diagnosticados de TDAH: el 56.5% correspondieron al subtipo combinado, el 38.7% correspondieron al inatento, y finalmente el 4.8% correspondieron al hiperactivo-impulsivo. Los intervalos de confianza para los tipos de TDAH en nuestra muestra con un nivel de confianza del 95% fueron: TDAH-combinado: (0,009, 0,022) prevalencia entre el 0.9% - 2.2%; TDAH-inatento: (0,005, 0,016) prevalencia entre el 0.5% - 1.6%. La prevalencia del TDAH-hiperactivo fue tan baja, que podría cuestionarse que exista tal subtipo.

Discusión: Encontramos una escasa proporción de TDAH subtipo hiperactivo-impulsivo, lo que estaría a favor de las últimas revisiones que se vienen realizando a la clasificación DSM-IV en las que se analiza si el subtipo hiperactivo-impulsivo es una forma evolutiva del combinado en sus fases iniciales. Para corroborar este hallazgo sería conveniente aumentar el tamaño muestral a fin de descartar la posibilidad de sesgo de nuestro trabajo.

Conclusiones: Los resultados obtenidos de la distribución del TDAH según sus subtipos clínicos son congruentes con otros estudios, en los que afirman que el TDAH combinado es el subtipo más frecuente, siendo el menos frecuente el subtipo hiperactivo-impulsivo. Sugerimos como investigaciones futuras el profundizar en el estudio de dicho hallazgo.